Irina Holdevici

STRATEGIILE PSIHOTERAPIEI COGNITO-COMPORTAMENTALE



Irina Holdevici

STRATEGIILE PSIHOTERAPIEI COGNITIV-COMPORTAMENTALE

Editor: Ioan Albescu

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
HOLDEVICI, IRINA
Stategiile psihoterapiei cognitiv-comportamentale/
Irina Holdevici - Bucureşti: Dual Tech, 2007
ISBN 978-973-85526-6-1

615.851

Irina Holdevici

STRATEGIILE PSIHOTERAPIEI COGNITIV-COMPORTAMENTALE

DUAL TECH
Bucureşti, 2007

Cuprins

Cuvânt înainte

În România contemporană, psihoterapiei i se acordă tot mai multă atenție în contextul diversificării metodelor de vindecare sau de întrajutorare umană.

Cartea "Strategiile psihoterapiei cognitiv-comportamentale" se adresează în mod special psihologilor și medicilor interesați de formarea și perfecționarea în domeniul psihoterapiei, constituindu-se într-un adevărat manual ușor de înțeles și utilizat în practică de către specialiști cu diverse orientări.

Autoarea prezintă într-o formă sintetică principiile generale și principalele variante ale psihoterapiei cognitiv-comportamentale, detaliind cele mai importante metode și tehnici ale acesteia, validate prin experiența personală, dintre care menționăm evaluarea și restructurarea cognitivă, relaxarea și autohipnoza. Sunt descrise pe scurt terapiile comportamentale, cognitive, cognitiv-comportamentale, rațional-emotivă, precum și demersul terapeutic centrat pe rezolvarea problemelor de viață.

O atenție deosebită este acordată problematicii conceptualizării cazurilor abordate psihoterapeutic, precum și dificultăților ce ar putea sta în calea desfășurării eficiente a acestui demers.

De asemenea, așa cum ne-a obișnuit și în publicațiile anterioare, autoarea împărtășește cititorilor din îndelungata sa experiență prin inserarea pe parcursul întregii lucrări a unor studii de caz, în ultima parte acordând o atenție deosebită unor aplicații ale psihoterapiei cognitiv-comportamentale în tulburările anxioase, depresive sau ale personalității.

Deși se dorește a fi o lucrare de nivel academic, aceasta este redactată într-un stil agreabil, care o face accesibilă unei categorii mai largi de medici, psihologi sau de persoane interesate de cunoașterea și optimizarea comportamentului uman.

Conf. univ. dr. Margareta Dincă

Cuvânt înainte

În România contemporană, psihoterapiei i se acordă tot mai multă atenție în contextul diversificării metodelor de vindecare sau de întrajutorare umană.

Cartea "Strategiile psihoterapiei cognitiv-comportamentale" se adresează în mod special psihologilor și medicilor interesați de formarea și perfecționarea în domeniul psihoterapiei, constituindu-se într-un adevărat manual ușor de înțeles și utilizat în practică de către specialiști cu diverse orientări.

Autoarea prezintă într-o formă sintetică principiile generale și principalele variante ale psihoterapiei cognitiv-comportamentale, detaliind cele mai importante metode și tehnici ale acesteia, validate prin experiența personală, dintre care menționăm evaluarea și restructurarea cognitivă, relaxarea și autohipnoza. Sunt descrise pe scurt terapiile comportamentale, cognitive, cognitiv-comportamentale, rațional-emotivă, precum și demersul terapeutic centrat pe rezolvarea problemelor de viață.

O atenție deosebită este acordată problematicii conceptualizării cazurilor abordate psihoterapeutic, precum și dificultăților ce ar putea sta în calea desfășurării eficiente a acestui demers.

De asemenea, așa cum ne-a obișnuit și în publicațiile anterioare, autoarea împărtășește cititorilor din îndelungata sa experiență prin inserarea pe parcursul întregii lucrări a unor studii de caz, în ultima parte acordând o atenție deosebită unor aplicații ale psihoterapiei cognitiv-comportamentale în tulburările anxioase, depresive sau ale personalității.

Deși se dorește a fi o lucrare de nivel academic, aceasta este redactată într-un stil agreabil, care o face accesibilă unei categorii mai largi de medici, psihologi sau de persoane interesate de cunoașterea și optimizarea comportamentului uman.

Conf. univ. dr. Margareta Dincă

I. Abordarea comportamentală în psihoterapie şi consilierea psihologică

Terapia comportamentală include o serie de tehnici având scopul de a-i determina pe oameni să-şi modifice comportamentul. Multe dintre tehnicile recente includ şi strategii cognitive care au condus la apariţia orientării cognitiv-comportamentale în consiliere şi psihoterapie.

Orientarea comportamentală s-a structurat în perioada anilor 1950-1960 ca o reacţie la perspectiva psihanalitică dominantă până atunci şi a apărut aproape simultan în Statele Unite, Marea Britanie şi Africa de Sud (Corey, 2001, p. 256). În ciuda opoziţiei şi criticilor realizate de psihanalişti, noua orientare terapeutică a fost capabilă să supravieţuiască, demonstrând eficienţa metodelor de condiţionare în modificarea comportamentului şi constituind o alternativă la terapia tradiţională.

Începând din anul 1960, Albert Bandura a dezvoltat teoria învăţării care combină tehnicile condiţionării clasice şi operante cu învăţarea observaţională.

După această perioadă au apărut o serie de şcoli terapeutice cognitiv-comportamentale dintre care menţionăm terapia raţional-emotivă a lui Elis, terapia cognitivă a lui Beck, strategiile de inoculare a stresului şi antrenamentul de autoinstruire puse la punct de Meichenbaum.

Începând cu anii '70 terapia comportamentală a devenit o orientare dominantă în psihologie, cu multiple aplicaţii în domeniul educaţiei psihoterapiei, psihiatriei, asistenţei sociale, dar şi în domeniul industriei şi afacerilor.

Deşi implică strategii diferite, terapiile comportamentale au câteva caracteristici comune: focalizarea asupra comportamentului, accentul pus pe tehnicile de învăţare şi evaluarea riguroasă a rezultatelor (Kazdin, 1994).

La ora actuală, în cadrul orientării comportamentale, un loc central îl ocupă terapia cognitiv-comportamentală care pune un accent deosebit pe rolul factorilor cognitivi în înţelegerea şi modificarea comportamentului subiecţilor.

Aceşti factori, cum ar fi, de pildă, vorbirea interioară sunt consideraţi mediatori ai schimbărilor în plan comportamental (Bandura, 1969, 1986, Bech,

1976, Bech şi Weishaav, 1995, Fishman şi Franks, 1997, Goldfried şi Davidson, 1976, Lazarus, 1989, London, 1986, Mahoney, 1977, 1979, 1991, Mechenbaum, 1977, 1985).

Principiul de bază al orientării comportamentale în psihoterapie postulează faptul că ființa umană este producătorul şi produsul mediului său înconjurător.

Dacă teoreticienii comportamentalişti de orientare radicală excludeau posibilitatea autodeterminării şi libertății ființei umane orientarea modernă actuală încurajează tehnicile care conferă clientului autocontrol şi autonomie. Modificările realizate în plan comportamental contribuie la îmbogățirea repertoriului deprinderilor de a face față problemelor vieții, rezultatul fiind o multitudine de posibilități de răspuns într-o situație dată. Eliminând comportamentele dezadaptative care limitează alegerile, oamenii devin liberi să realizeze mai multe opțiuni care înainte nu le era accesibile.

Din punct de vedere filosofic, orientarea comportamentală şi cea umanistă au părut diametral opuse inițial, dar lucrările comportamentaliştilor contemporani au construit nenumărate punți între cele două orientări care, în cele din urmă, ar putea fuziona. Orientarea comportamentalistă limitată, bazată pe modelul stimul-reacție, a fost criticată inițial de Bandura (1974, 1977, 1986), părintele teoriei învățării sociale. Acesta respinge modelul mecanicist şi determinist al comportamentului uman datorită faptului că se bazează exclusiv pe determinări de natură exterioară (din mediu).

Mulți autori care au urmat (Kazdin, 1994; Mechenbaum, 1977; Thoresen şi Coates, 1980; Watson şi Tharp, 1997) au utilizat tehnici comportamentale pentru a atinge obiective umaniste (evoluția ființei umane). Thoresen şi Coates (1980) identifică trei mari direcții care fac posibilă convergența între orientarea umanistă şi cea comportamentalistă în psihoterapie:

- considerarea terapiei ca fiind un demers orientat spre acțiune şi nu ca o introspecție, mai curând pasivă, asupra problemelor care îi frământă pe clienți;
- preocuparea crescândă a terapeuților comportamentalişti în legătură cu maniera în care evenimentele externe sunt mediate de factori subiectivi, de natură cognitivă sau emoțională;
- accentul crescut pus asupra responsabilității personale în raport cu propriul comportament.

Odată înarmați cu tehnici de autoreglare a comportamentului, oamenii devin capabili să-şi amelioreze semnificativ calitatea vieții.

Principiile şi postulatele terapiei comportamentale

Spiegler şi Guevremont (1998) ne prezintă câteva caracteristici ale terapiei comportamentale:

1. Terapia comportamentală are la bază principii ştiinţifice derivate din cercetarea experimentală din domeniul învăţării, principii bazate pe date de observaţie şi nu pe convingeri personale.

Principiile învăţării se aplică în mod sistematic pentru a-i ajuta pe oameni să se debaraseze de comportamentele dezadaptative.

Obiectivele tratamentului sunt exprimate în termeni concreţi şi obiectivi care fac posibilă repetarea intervenţiei terapeutice.

În timpul terapiei sunt evaluate comportamentele problematice, precum şi condiţiile care contribuie la menţinerea acestora.

Eficienţa metodelor de evaluare şi intervenţie este verificată prin intermediul unor metode de cercetare ştiinţifică.

Conceptele care stau la baza demersului terapeutic şi strategiile de intervenţie sunt exprimate în mod explicit, testate empiric şi revizuite permanent.

2. Terapia comportamentală se ocupă de problemele curente ale clienţilor şi de factorii care le influenţează în prezent, fără a pune accent pe perspectiva istorică.

Tehnicile comportamentale sunt aplicate pentru a modifica factorii actuali relevanţi care influenţează comportamentul clienţilor.

3. Clienţii joacă un rol activ în cursul terapiei, angajându-se în diverse acţiuni menite să-i ajute să-şi rezolve problemele şi nu doar să vorbească despre acestea.

Ei îşi monitorizează comportamentele atât în timpul, cât şi în afara şedinţelor de psihoterapie, învaţă şi exersează noi modele de comportament şi noi strategii de a face faţă problemelor existenţei.

4. Terapia comportamentală se desfăşoară pe cât posibil în mediu natural al clientului.

Abordarea terapeutică are la bază principiile învăţării, clientul însuşindu-şi deprinderile de autoreglare a comportamentului, deprinderi care vor fi transferate în viaţa de zi cu zi.

Sarcinile şi temele pentru acasă reprezintă un element important al terapiei comportamentale.

5. Terapia comportamentală pune accent pe tehnicile de autocontrol comportamental. Clienţii sunt instruiţi să iniţieze, să realizeze şi să evalueze demersul terapeutic, fiind responsabili de propria lor schimbare.

6. Tehnicile terapeutice sunt astfel construite încât să se potrivească fiecărui client în parte.

7. Demersul terapeutic presupune un proces de colaborare între client şi terapeut, acesta din urmă informând permanent clientul cu privire la natura şi progresele terapiei.

La aceste caracteristici Corey (2001) mai adaugă câteva:

8. Psihoterapia evoluează de la simplu la complex, de la situaţii facile la unele dificile şi de la unele mai puţin ameninţătoare la unele ameninţătoare.

9. Demersul terapeutic comportamental este relativ scurt, incluzând mai puține ședințe de psihoterapie și un interval de timp mai puțin extins, comparativ cu alte sisteme terapeutice.

10. Tehnicile terapeutice se combină în anumite pachete de strategii în vederea creșterii eficienței psihoterapiei.

Obiectivele terapeutice ocupă un loc central în cadrul psihoterapiei comportamentale.

Obiectivul central constă în a crea noi condiții pentru învățare pornindu-se de la supoziția că procesul de învățare poate ameliora comportamentul problematic.

Clientul este cel care fixează obiectivele specifice terapiei sub directa îndrumare a terapeutului sau consilierului.

Evaluări realizate pe parcursul terapiei evidențiază măsura în care obiectivele au fost atinse.

Subliniem încă o dată faptul că obiectivele terapeutice trebuie să fie precise, concrete, clar formulate, măsurabile, înțelese și acceptate de client.

Acestea rezultă în urma unor negocieri realizate între client și terapeut și sunt exprimate sub forma unor contracte terapeutice care ghidează demersul psihoterapeutic.

Cormier și Cormier (1998, p. 228-231) descriu etapele selectării și definirii obiectivelor terapeutice.

- terapeutul oferă clientului motivația pentru stabilirea unor scopuri, explică necesitatea stabilirii acestora precum și rolul lor în cursul terapiei și subliniază faptul că pacientul trebuie să joace un rol activ în cadrul acestui demers;
- clientul denumește modificările pozitive pe care le așteaptă de pe urma terapiei;
- atenția este focalizată asupra a ceea ce clientul dorește să realizeze și nu asupra a ceea ce el nu dorește să facă;
- clientul împreună cu terapeutul stabilesc dacă aceste obiective aparțin cu adevărat clientului și dacă au un caracter realist;
- se discută avantajele și dezavantajele (beneficiile și costurile) demersului de atingere a obiectivelor;
- clientul și terapeutul cad de acord dacă vor continua demersul de atingere a obiectivelor stabilite sau le vor reformula;
- odată stabilite obiectivele, începe demersul de definire a acestora.

Vor fi discutate conduitele asociate cu atingerea lor, condițiile necesare pentru schimbarea conținutului obiectivelor intermediare, precum și planurile de acțiune menite să conducă la atingerea obiectivelor.

Rolul terapeutului în cadrul terapiei comportamentale

Terapeuţii comportamentalişti utilizează tehnici comune altor abordări cum ar fi: reflecţia, clarificarea, rezumarea, întrebările deschise, dar şi unele specifice.

Astfel, după Spiegler şi Guevremont (1998), terapeutul comportamentalist deţine următoarele atribuţii:

- culege în mod sistematic informaţii referitoare la antecedentele cu caracter situaţional, amploarea şi dimensiunile problemei în plan comportamental, precum şi la consecinţele acestora;
- clarifică împreună cu clientul problemele acestuia;
- planifică şi stabileşte comportamentele ţintă;
- formulează împreună cu clientul obiectivele terapiei;
- identifică acele condiţii care menţin problema;
- implementează planul de schimbare;
- evaluează succesele demersului terapeutic;
- conduce viitoarele demersuri de evaluare.

Să presupunem, de pildă, că o pacientă se prezintă la psihoterapie pentru agorafobia care o împiedică să iasă din casă.

Terapeutul va începe prin a analiza natura anxietăţii care o împiedică pe clientă să părăsească locuinţa. Acesta o va interoga în legătură cu modul în care percepe anxietatea, când a apărut aceasta şi ce anume întreprinde în astfel de situaţii. Vor fi obţinute informaţii în legătură cu gândurile care îi vin în minte, trăirile afective şi consecinţele problemei-simptom asupra existenţei sale.

Vor fi stabilite apoi obiectivele terapiei şi vor fi puse în acţiune strategiile menite să reducă anxietatea până la un nivel controlabil.

Terapeutul împreună cu clientul vor evalua pe parcursul psihoterapiei măsura în care au fost îndeplinite obiectivele terapeutice stabilite.

Un alt rol important al trerapeutului comportamentalist constă în modelarea comportamentului.

Bandura (1969, 1986) era de părere că achiziţiile obţinute în urma învăţării directe pot fi atinse şi prin intermediul observării comportamentului celorlalţi.

Datorită acestui fapt, clientul va putea să-şi însuşească noi modele de comportament prin intermediul imitaţiei, terapeutul reprezentând un model de urmat.

Deoarece clienţii îl investesc pe terapeut cu autoritate, ei îşi vor modela atitudinile, convingerile şi valorile imitându-l pe acesta.

Aşa cum am mai subliniat, demersul terapeutic de tip comportamentalist se caracterizează, printre altele, şi prin rolul activ jucat atât de terapeut, cât şi de client.

Terapeutul va fi cel care îl va învăţa pe client noi modalităţi de comportament prin intermediul jocului de rol, modelării, repetărilor în plan comportamental precum şi al feed-back-urilor cu privire la progresele înregistrate pe parcurs.

Clientul va primi diverse sarcini pentru acasă (de pildă monitorizarea comportamentului problematic).

Clientul trebuie să fie puternic motivat să coopereze atât în timpul şedinţelor de psihoterapie cât şi în afara acestora, pentru că în – caz contrar – progresele terapiei sunt limitate.

Pacientul este încurajat să experimenteze noile deprinderi pentru a face faţă problemelor vieţii, pentru a-şi lărgi repertoriul de comportamente cu caracter adaptativ şi a transfera cele învăţate în viaţa cotidiană.

Terapia este considerată încheiată doar atunci când noile deprinderi de autoreglare psihică au fost generalizate şi pot fi utilizate de client în afara terapiei.

Este evident faptul că demersul terapeutic nu se va reduce la un simplu „insight" (iluminare) cu privire la natura problemelor clientului, ci va presupune implementarea unor noi modele de comportament.

Obiectivele terapiei sunt formulate în termeni concreţi şi măsurabili, fapt ce permite atât clientului cât şi terapeutului să evalueze progresele terapiei, ambii putând conştientiza momentul în care terapia poate să se încheie.

În cadrul terapiilor de orientare comportamentală nu se pune un accent deosebit asupra relaţiei client-terapeut, ca în cazul terapiilor psihodinamice sau umaniste; factori cum ar fi căldura afectivă, empatia, comunicarea autentică, caracterul permisiv şi de acceptare din cadrul relaţiei terapeutice fiind consideraţi factori necesari, dar nu suficienţi pentru ca schimbarea să aibă loc.

Studiile clinice au evidenţiat însă faptul că relaţia terapeut-client, chiar şi în cazul terapiei comportamentale, poate contribui în mod esenţial la procesul de schimbare (Granvold şi Wodanski, 1994).

Astfel o bună relaţie terapeutică va oferi şansele creşterii receptivităţii clientului la demersul terapeutic.

Nu este important numai modul în care clientul cooperează la psihoterapie cât şi expectaţiile acestuia în legătură cu un final pozitiv, expectaţii care vor funcţiona în calitate de autosugestii pozitive.

Terapeutul de orientare comportamentală joacă un rol activ, obiectiv şi suportiv în cadrul demersului terapeutic.

Strategiile şi tehnicile terapeutice specifice psihoterapiei comportamentale

1. Evaluarea

Începe cu evidenţierea problemelor şi simptomelor clientului, a antecedentelor legate de acestea, precum şi a consecinţelor lor. Clientul va monitoriza frecvenţa şi intensitatea problemelor-simptom, aceste monitorizări

devenind un instrument al psihoterapiei care permite alcătuirea unor planuri terapeutice şi evaluarea efectelor strategiilor aplicate.

Instrumentele de evaluare includ inventarele şi scalele de autoevaluare, precum şi tehnici bazate pe observaţia directă.

Unul din punctele forte ale terapiei comportamentale constă în aceea că evaluările şi autoevaluările realizate permanent pe parcursul terapiei permit depistarea rapidă a oricărei erori, cât de mici, apărute în cadrul demersului terapeutic.

Schimbările în sfera comportamentală nu se produce după principiul „totul sau nimic", ci gradat, în unele sectoare ale vieţii, în timp ce altele pot rămâne neschimbate.

Tehnicile terapeutice sunt incluse în cadrul unor planuri de tratament şi au un caracter eclectic.

Lazarus (1989, 1992 b,1996 b, 1977 a) este de părere că pot fi utilizate cu succes diverse metode de terapie, indiferent de fundamentarea lor teoretică. În viziunea sa, cu cât este mai extinsă aria strategiilor utilizate, cu atât terapeutul este mai eficient.

De asemenea, tehnicile utilizate nu sunt alese la întâmplare dintr-un „pachet" de strategii ci sunt special combinate ţinând seama de problematica fiecărui subiect în parte, terapeutul dând dovadă de creativitate în realizarea acestor selecţii.

2. Tehnicile de relaxare.

Relaxarea a devenit o tehnică larg răspândită şi foarte mult apreciată care îi ajută pe subiecţi să facă faţă stresului vieţii cotidiene.

Relaxarea reprezintă o metodă de autoreglare care presupune destinderea musculară şi calmare psihică.

Există o multitudine de tehnici de relaxare; în Europa cea mai cunoscută este metoda antrenamentului autogen al lui Schultz (1930), iar în S.U.A. tehnica relaxării progresive, propusă de Jacobson (1938). După învăţarea relaxării este necesar ca aceasta să fie practicată zilnic de către pacienţi pentru a obţine rezultatele scontate.

La ora actuală se utilizează tehnici de relaxare eclectice combinate adesea cu alte strategii de tip comportamental cum ar fi desensibilizarea sistematică, antrenamentul asertiv, programe de „self-management", relaxare prin intermediul unor dispozitive bazate pe bio feed back, meditaţie sau imaginaţie dirijată cu autosugestii.

Studiile clinice au evidenţiat faptul că hipnoza, considerată de specialişti ca o relaxare mai profundă, contribuie la obţinerea unor rezultate mai rapide şi mai durabile în terapia comportamentală.

Corey (2001) este de părere că însuşirea unei tehnici simple de relaxare durează între 4 şi 8 ore de lucru sub îndrumarea terapeutului.

Odată însuşită, relaxarea devine o deprindere care, dacă este practicată zilnic, timp de 15-25 de minute, conduce la o odihnă economică, la reducerea anxietăţii şi efectelor negative ale stresului, la echilibrare în plan psihosomatic şi la optimizarea

performanţelor în activitatea profesională. Dacă, la început, relaxarea a fost utilizată mai ales ca o parte a desensibilizării sistematice, aplicaţiile acesteia s-au extins treptat la terapia tulburărilor anxioase, fobice, cardiovasculare, respiratorii, a migrenelor şi tulburărilor de somn.

3. Desensibilizarea sistematică

Strategia comportamentală elaborată de Joseph Wolpe (1958) cere clientului să-şi imagineze situaţii din ce în ce mai anxiogene.

Clientul îşi însuşeşte o tehnică de relaxare şi apoi i se cere ca în această stare să-şi imagineze situaţii progresiv-anxiogene. Treptat, acesta devine tot mai puţin sensibil la stimulii care îi produceau înainte anxietate.

Tehnica poate fi considerată o metodă de expunere pentru că subiecţilor li se cere să se confrunte în plan mental cu imagini care produc anxietate.

În cursul interviului preliminar terapeutul va culege informaţii referitoare la anxietate şi la condiţiile în care se manifestă aceasta.

Etapele desensibilizării sistematice sunt următoarele (Morris, 1986):

- însuşirea unei tehnici de relaxare;
- alcătuirea unei ierarhii care să cuprindă situaţii anxiogene, de la cea mai puţin anxiogenă până la cea mai anxiogenă;
- desensibilizarea propriu-zisă.

Antrenamentul de relaxare se realizează prin intermediul unei versiuni modificate a tehnicii lui Jacobson (1938), descrisă în detaliu de Wolpe (1990). După ce şi-a însuşit relaxarea musculară, clientului i se cere să-şi imagineze scene agreabile (de pildă, că se află la munte întins în iarbă, urmărind alunecarea norilor pe un cer albastru etc.).

I se cere apoi să practice relaxarea şi acasă, timp de 30 de minute.

Ulterior, se va lucra asupra alcătuirii listei cu situaţii anxiogene, de intensitate progresiv crescătoare.

Astfel, de exemplu, pentru un client suferind de fobie socială, cu teamă de respingere, situaţia cea mai anxiogenă poate fi reprezentată de respingerea de către partenera de viaţă, următoarea de respingere de către un prieten apropiat, succedată de cea a unui coleg de serviciu, cea mai puţin anxiogenă fiind ignorarea subiectului de către o persoană necunoscută întâlnită la o petrecere.

Desensibilizare propriu-zisă începe după câteva şedinţe în care clientul şi-a însuşit tehnica de relaxare şi a alcătuit ierarhia stimulilor anxiogeni.

La început, i se cere clientului să se relaxeze cu ochii închişi, după care i se cere să-şi imagineze o scenă neutră. Apoi acesta va trebui să-şi imagineze scena cea mai puţin anxiogenă din cadrul listei.

Terapeutul îl va ghida progresiv cerându-i să-şi imagineze scene cât mai anxiogene până când clientul semnalează că simte anxietatea, moment în care scena

este întreruptă. Se induce din nou starea de relaxare, după care se reiau scenele anxiogene din cadrul ierarhiei.

Tratamentul se consideră încheiat atunci când clientul reuşeşte să rămână relaxat în timp ce îşi imaginează scena cea mai anxiogenă.

Pentru ca tehnica să fie încununată de succes este necesar ca subiectul să realizeze şi anumite teme pentru acasă care constau în practicarea relaxării şi vizualizarea scenelor asupra cărora s-a lucrat în timpul şedinţelor de terapie.

Treptat clienţii vor ajunge să se confrunte şi cu situaţii reale de viaţă pentru a-şi controla anxietatea. Metoda s-a dovedit utilă şi în terapia tratamentului anxietăţii şi fobiilor, obsesiilor, anorexiei nervoase dar şi al balbismului tulburării imaginii corporale şi chiar a depresiilor uşoare.

Tehnica desensibilizării sistematice este bine acceptată de clienţi pentru că aceştia sunt expuşi gradat şi simbolic la situaţii anxiogene. Aceştia deţin controlul demersului terapeutic, putând încheia expunerea atunci când anxietatea depăşeşte pragul lor de toleranţă.

4. Strategiile de expunere

Spre deosebire de desensibilizarea sistematică, în cazul acestora expunerea se realizează în plan real. Se cunosc două variante ale strategiilor de expunere: desensibilizarea „in vivo" şi metoda inversiunii.

Desensibilizarea „in vivo" presupune confruntarea cu situaţii progresiv tot mai anxiogene în planul vieţii reale. Clienţii pot încheia experienţa de expunere atunci când anxietatea devine intolerabilă.

Expunerea poate fi realizată împreună cu terapeutul sau cu o persoană de sprijin, special instruită.

Aceasta va însoţi clientul în călătorii cu metroul sau îl va ajuta să se confrunte progresiv cu obiectul fobiei sale.

În cazul în care poate fi realizată efectiv, desensibilizarea în plan real este mai eficientă decât cea realizată în plan imaginar pentru că generalizarea la situaţiile de viaţă se produce mai repede, rezultatele fiind mai stabile în timp.

Metoda inversiunii („flooding") constă într-o expunere prelungită în plan real sau imaginar la stimulii generatori de anxietate, fără declanşarea unor comportamente de reducere a acesteia.

Ideea care stă la baza acestei tehnici constă în aceea că şi în cazul în care clientul trăieşte o stare de anxietate intensă, consecinţele de care acesta se teme nu se produc cu adevărat.

Tehnica imersiunii în plan imaginativ are avantajul că nu presupune nici un fel de restricţie referitoare la situaţiile anxiogene, la care expunerea în plan real poate fi nu numai imorală dar adesea chiar imposibilă, cum ar fi expunerea la situaţii de incendiu, viol sau catastrofă aeriană.

Expunerea imaginară poate să reproducă circumstanțele în care a avut loc trauma, fără a avea însă consecințe negative concrete pentru client.

Astfel, de pildă, supraviețuitorii unui accident aviatic pot prezenta o serie de simptome psihopatologice cum ar fi coşmaruri, reamintiri obsedante ale evenimentului, fobie de a zbura cu avionul, anxietate sau depresie.

În cazul acestora, desensibilizarea prin tehnica imersiunii în plan imaginar i-ar putea ajuta să revină la starea normală.

Tehnica imersiunii şi-a dovedit utilitatea în tratamentul tulburărilor anxioase, agorafobiei, fobiilor specifice şi tulburărilor obsesiv-compulsive de stres.

Deşi eficientă, metoda este evitată de unii subiecți datorită disconfortului generat de expunerea prelungită la situații anxiogene.

Tehnicile de expunere nu sunt totdeauna suficiente pentru tratamentul anxietății, în cazul unor tulburări mai complexe fiind necesară combinarea acestora cu alte strategii terapeutice.

5. Desensibilizarea şi reprocesarea prin metoda mişcărilor oculare (DRMO)

Tehnica a fost elaborată de Francine Shapiro (1995) şi include o serie de tehnici comportamentale combinate cu utilizarea mişcărilor ritmice ale globilor oculari, tehnici utilizate în tratamentul amintirilor cu caracter traumatic.

Metoda a fost aplicată asupra victimelor abuzurilor sexuale, şocurilor produse de confruntări militare, asupra supraviețuitorilor unor agresiuni, sau accidente, dar şi la clienți suferind de anxietate, atacuri de panică, depresie, reacții de doliu, fobii sau adicții (Shapiro 1995).

Cercetările cele mai complexe au fost realizate în cazul tulburărilor post-traumatice de stres.

Corey (2001, p, 271) prezintă etapele metodei desensibilizării şi reprocesării prin metoda mişcărilor globilor oculari:

Metoda are drept obiectiv restructurarea în plan cognitiv sau reprocesarea infirmațiilor. În cadrul primei etape se realizează interviul clinic prin intermediul căruia se obțin informații cu privire la istoria vieții clientului.

Se elaborează apoi planul de tratament care cuprinde definirea şi conceptualizarea problemelor clientului şi stabilirea obiectivelor terapeutice.

Se insistă asupra amintirilor cu conținut negativ care generează simptome psihopatologice, asupra situațiilor prezente care favorizează menținerea simptomelor, precum şi asupra deprinderilor şi modelelor de comportament cu caracter adaptativ care îi sunt necesare clientului pentru o bună funcționare în plan individual şi social.

- Etapa de pregătire cuprinde formarea alianței terapeutice şi explicarea modului în care funcționează metoda care va fi aplicată.

Sunt discutate expectațiile și eventualele îngrijorări ale clientului care va învăța o tehnică de relaxare.

- Etapa de evaluare își propune identificarea obiectivelor țintă, a amintirilor traumatice care generează anxietate. Se identifică reacțiile emoționale fiziologice, imaginile și cognițiile cu conținut negativ asociate cu evenimentul traumatic, precum și gândurile și convingerile realiste care ar putea contribui la reducerea anxietății.

- Etapa de desensibilizare presupune vizualizarea imaginilor cu caracter traumatizant, verbalizarea gândurilor și convingerilor negative și conștientizarea senzațiilor fiziologice.

Expunerea este limitată în timp și nu durează mai mult de un minut, după care se declanșează o nouă asociație.

În timpul acestui demers, clientul este instruit să urmărească degetul arătător al terapeutului care se mișcă ritmic și rapid în fața ochilor clientului de aproximativ 12 până la 24 de ori.

În continuare, clientului i se cere să blocheze experiențele negative inspirând profund și apoi să relateze ce anume își imaginează, simte sau gândește.

- Etapa implementării și consolidării cognițiilor pozitive care au fost inițial identificate ca înlocuitoare ale celor negative.

De exemplu, victima unui viol poate nutri convingerea negativă: „ar fi trebuit să mă lupt mai mult sau să fug", convingere ce poate fi înlocuită cu afirmații de tipul următor: „acum dețin controlul asupra situației" sau „în acele condiți am făcut ceea ce era omenește posibil".

Obiectivul demersului terapeutic constă în realizarea unei asocieri între evenimentul traumatic și cogniții cu conținut adaptativ în așa fel încât amintirile traumatizante să nu mai aibă forța de a produce anxietate și gânduri negative.

- În etapa a 5-a, după implementarea cognițiilor pozitive, clientului i se cere să vizualizeze din nou evenimentul traumatic împreună cu gândurile și convingerile pozitive și apoi să-și scaneze corpul prin intermediul atenției îndreptate spre interior și să identifice tensiunile musculare existente.

Tehnica și-a atins obiectivul când clientul reușește să vizualizeze evenimentul traumativ și, în același timp, să declanșeze cogniții cu conținut pozitiv și să-și simtă corpul relaxat.

- Clientului i se va trasa sarcina ca, în timpul temelor pentru acasă, să vizualizeze evenimentul negativ, respectiv imaginile, emoțiile și gândurile care îl însoțesc.

Acesta va ține un jurnal în care va nota toate aspectele psihologice negative.

De asemenea, între ședințele de terapie, acesta va trebui să practice o tehnică de relaxare, imaginația dirijată, meditația, respirația controlată și automonitorizarea proprilor trăiri.

- Evaluarea rezultatelor trebuie realizată la începutul fiecărei ședințe de psihoterapie, când se analizează temele pentru acasă sub aspectul progreselor obținute. Urmează redefinirea problemelor clientului, stabilirea unor noi obiective

terapeutice şi continuarea practicării tehnicilor de desensibilizare, restructurare cognitivă şi automonitorizare.

Rezultatele terapiei sunt evaluate de client şi terapeut în cadrul unui demers de tip colaborativ.

În opinia noastră, tehnica desensibilizării şi reprocesării prin intermediul mişcărilor globilor oculari include elemente de hipnoză clinică, acestea contribuind la sporirea eficienţei sale.

6. Antrenamentul asertiv

Reprezintă o tehnică de antrenare a abilităţilor sociale şi se adresează persoanelor cărora le lipsesc abilităţile sociale sau au dificultăţi în stabilirea unor relaţii interpersonale acasă, la locul de muncă, la studii sau în perioadele de petrecere a timpului liber. Antrenamentul sau psihoterapia asertivă este utilă pentru următoarele categorii de subiecţi (Corey, 2001):

- cei care nu sunt capabili să-şi exprime iritarea sau mânia;
- cei care au dificultăţi în a spune „nu";
- cei excesiv de politicoşi care îi lasă pe ceilalţi să profite de pe urma lor;
- cei cărora le este greu să-şi exprime dragostea sau alte sentimente pozitive;
- cei care consideră că nu au dreptul să-şi exprime gândurile, convingerile sau sentimentele.

Supoziţia care stă la baza antrenamentului asertiv este că oamenii au dreptul, dar nu şi obligaţia de a se autoexprima.

Obiectivele antrenamentului asertiv sunt următoarele:

- lărgirea repertoriului de comportamente cu caracter adaptativ care să permită subiecţilor să decidă când anume trebuie să se comporte în mod asertiv;
- învăţarea acestora să se exprime pe ei înşişi ţinând seama de sentimentele şi drepturile celorlalţi, pentru că asertivitatea nu presupune agresivitate.

Persoanele asertive îşi apără drepturile fără însă a le încălca pe ale celorlalţi. Majoritatea programelor de dezvoltare a asertivităţiii au la bază principiile terapiei cognitiv-comportamentale care postulează faptul că oamenii nu se comportă asertiv deoarece nutresc gânduri şi convingeri negative disfuncţionale cu privire la faptul că nu au dreptul să-şi exprime sentimentele sau ideile sau că nu merită un tratament bun din partea celorlalţi.

Un astfel de mod de gândire conduce la pasivitate.

Tehnicile de antrenament asertiv nu se mulţumesc să înarmeze subiecţii doar cu metode de a face faţă unor situaţii dificile, ci contribuie şi la modificarea gândurilor şi convingerilor disfuncţionale care stau în calea aservităţii, acestea fiind înlocuite cu afirmaţii mai constructive.

Deşi antrenamentul se poate realiza şi individual, Alberti şi Emnons (1995 a) consideră că acesta este mai eficient dacă se desfăşoară în grup.

Avantajele lucrului în grup sunt următoarele:

- grupul crează condiţii pentru experimentarea noilor modele de comportament achiziţionate;
- în grup subiectul primeşte ghidare, sprijin şi feed-back-uri nu numai de la terapeut, ci şi de la ceilalţi membrii ai grupului;
- deoarece antrenamentul asertiv are ca obiectiv procesarea terapeutică a anxietăţii specifice situaţiilor psihosociale, grupul permite subiecţilor depăşirea acestor dificultăţii într-un mediu securizant.

7. Programele de „self-management" şi de comportament autodirijat (Corey, 2001, p. 275)

Aceste programe au drept scop să-i înveţe pe clienţi tehnici de reglare şi autoreglare psihică în scopul de a-şi conduce existenţa într-un mod mai eficient.

Strategiile de „self-management" au pătruns în domeniul terapiei şi mai ales în cel al consilierii psihologice începând cu anii '70 şi cuprind metode de automonitorizare, autorecompensare, contracte realizate cu propria persoană şi controlul stimulilor.

Ideea care stă la baza acestor programe constă în aceea că oamenii trebuie să înveţe diverse strategii de a rezolva situaţii problematice, aceştia asumându-şi responsabilitatea punerii lor în aplicare în viaţa de zi cu zi.

Clienţii care urmează cursuri de „self-management" sunt cei care decid ce comportament ar dori să modifice (fumatul, consumul de alcool sau droguri, mâncatul excesiv etc.).

Aceştia descoperă, de regulă, faptul că ceea ce îi împiedică să-şi atingă obiectivele este lipsa anumitor deprinderi de viaţă.

Cornier şi Cornier (1998) prezintă caracteristicile unui program eficient de „self-management":

- o combinaţie de metode şi tehnici este de cele mai multe ori mai eficientă decât aplicarea unei singure strategii;
- strategiile de „self-management" trebuie utilizate cu regularitate o perioadă suficient de lungă de timp pentru a se obţine rezultate evidente;
- clienţii trebuie să-şi stabilească obiective realiste şi să evalueze permanent maniera în care acestea sunt îndeplinite;
- utilizarea metodei auto-întăririlor reprezintă un element important în cadrul programelor de „self-management";
- un anumit nivel de suport social este necesar pentru menţinerea schimbărilor care au fost obţinute.

Programele de comportament autodirijat reprezintă o variantă a celor de „self-management". Watson şi Tharp (1997) ne propun un astfel de programe care cuprinde patru trepte:

1. Stabilirea obiectivelor

Terapeutul consilier împreună cu clientul vor cădea de acord în legătură cu schimbările comportamentale dorite. Se va lucra asupra fiecărui obiectiv în parte, acestea fiind abordate pe rând.

Obiectivele trebuie să fie posibil de atins, măsurabile, exprimate pozitiv şi semnificative pentru client.

2. Transformarea obiectivelor în comportamente „ţintă"

Pentru a realiza acest lucru clientul va trebui să răspundă la întrebarea: ce tip de comportament aş dori să crească sau să scadă în frecvenţă?

3. Automonitorizarea

Clientul va fi instruit să-şi observe şi să-şi noteze în mod sistematic şi deliberat comportamentele prin intermediul unor jurnale în care se va nota nu numai frecvenţa şi intensitatea unui comportament specific, ci şi elemente legate de antecendentele, cauzele şi consecinţele acestuia.

4. Stabilirea unor planuri care să cuprindă strategii de schimbare

Acest stadiu va începe cu o comparaţie între datele obţinute în urma automonitorizării unui comportament şi standardele clientului referitoare la comportamentele dezirabile.

Clienţii vor realiza apoi o evaluare a modificărilor pe care doresc să le obţină în plan comportamental şi vor declanşa acţiuni menite să conducă la schimbările respective.

Tehnica autoîntăririi este utilizată apoi pentru a facilita implementarea noilor metode de comportament în viaţa cotidiană.

Planul de acţiune este revizuit şi adaptat în mod continuu pe măsură ce sunt culese informaţii care prezintă aspectele pozitive sau dificultăţile aplicării strategiilor de schimbare.

II. Terapia cognitivă

Derubeis, Tang şi Beck (2003) subliniază faptul că bazele teoretice şi strategiile terapiei cognitive au evoluat în ultimile cinci decenii începând cu studiile lui Beck (1963) asupra clienţilor depresivi. Deşi aflat iniţial pe poziţii psihanalitice, autorul a constatat că formulările psihodinamice asupra sindromului depresiv sufereau de o serie de neajunsuri. Pornind de acestea, Beck a elaborat un model cognitiv al depresiei care punea accentul pe gândurile negative şi pe distorsionările cognitive care se întâlneau frecvent în discursurile depresiilor. Autorul a subliniat faptul că aspectele cognitive sunt mai importante şi mai verificabile în cazul depresiei decât procesele motivaţionale dinamice postulate de psihanaliză.

Mai precis, Beck susţine faptul că la persoanele depresive funcţionează mecanisme distorsionate de procesare a informaţiei, mecanisme care au drept rezultat o viziune negativă a clientului asupra propriei persoane, a viitorului şi a lumii în general.

Aceste conţinuturi cognitive stau la baza simptomelor comportamentale afective şi motivaţionale ale depresivului.

Modelul cognitiv al depresiei postulează faptul că pentru înţelegerea unei tulburări emoţionale, terapeutul şi clientul trebuie să se concentreze prioritar asupra conţinutului cognitiv care însoţeşte reacţia clientului la un eveniment negativ.

Valoarea euristică şi terapeutică a modelului cognitiv constă în accentul acordat unor instanţe psihice uşor de accesat, de natură conştientă sau preconştientă, clientul fiind învăţat să le controleze.

Modelul nu ţine seama de motivaţiile de natură inconştientă care trebuie evidenţiate în cursul demersului psihanalitic.

În cursul terapiei cognitive este accesată aşa – numita „triadă cognitivă“ care se referă la gândurile şi convingerile negative ale clientului cu privire la propria persoană, viitor şi lume în general (Beck, Rush, Shaw şi Emery, 1979).

Terapeutul porneşte de la supoziţia că tristeţea, lipsa motivaţiei şi ideile suicidare îşi au originea în problemele pe care clientul consideră că le are în aceste domenii.

Relaţia dintre gânduri şi convingeri şi simptomele manifestate nu este valabilă numai în cazul depresiei, ci şi în cazul celorlalte tulburări emoţionale. Astfel, de pildă, cogniţiile subiecţilor anxioşi se referă la posibile ameninţări şi dezastre viitoare.

Psihoterapia cognitivă este focalizată pe convingerile clientului care pot fi expectaţii, evaluări sau atribuiri ale cauzelor sau responsabilităţilor (Hollon şi Kriss, 1984).

Odată ce clientul a conştientizat conţinuturile cognitive, acesta este încurajat să le considere ca pe nişte ipoteze de lucru (nu ca pe nişte fapte reale) care pot fi adevărate, dar nu în mod obligatoriu adevărate.

Considerarea convingerilor ca fiind ipoteze de lucru reprezintă un proces de disociere sau distanţare de acestea, fapt ce permite clientului să le analizeze mai obiectiv (Hollon, 1999), putând, să ajungă un punct de vedere diferit. Odată cu schimbarea convingerilor disfuncţionale şi înlocuirea lor cu unele mai realiste se va produce şi modificarea în sens pozitiv a stărilor afective.

Încercările repetate de a identifica şi a schimba conţinutul atitudinilor clientului faţă de evenimente au o serie de consecinţe.

În primul rând, îngrijorarea referitoare la evenimentele stresante scade din cauză că subiectul şi-a schimbat convingerea despre consecinţele lor.

Acest fenomen contribuie la reducerea stărilor afective negative care rezultă în urma ruminaţiilor cu conţinut depresiv sau anxios.

În al doilea rând, aspectul inexplicabil al stărilor afective este demitizat, clientul începând să înţeleagă ce se pretrece, fapt ce-i conferă un sentiment sporit de înţelegere.

Astfel, construirea unei viziuni structurate şi coerente a lumii viitorului şi a propriei persoane îi redă subiectului speranţa că problemele sale sunt rezolvabile.

În al treilea rând, clientul care a obţinut succese în urma utilizării strategiilor cognitive, începe să le aplice şi atunci când se confruntă cu dificultăţii vieţii cotidiene.

De asemenea, clienţii care au învăţat să aplice deprinderile de modificare a convingerilor negative prezintă un risc diminuat de recădere, ceea ce nu se întâmplă în cazul tratamentului psihiatric.

Studiile clinice au evidenţiat faptul că terapia cognitivă are şi un efect profilactic înarmând clientul cu tehnici de management al stresului. Psihoterapia cognitivă nu acţionează numai la nivel superficial pentru reducerea simptomelor, ci şi la un nivel mai profund reprezentat de schemele cognitive de bază care reprezintă anumite stiluri de gândire caracteristice clientului (Beck, 1964, 1972, Beck, 1995, Hallon şi Kriss, 1984, Persons, 1989).

Acestea structuri cognitive prin intermediul cărora clientul îşi organizează experienţele de viaţă poartă denumirea de convingeri de bază şi s-au format în copilărie în urma interacţinilor cu persoanele semnficative. Schemele cognitive

includ aşa-numitele distorsionări cognitive care determină clientul să realizeze evaluări cu caracter disfuncţional care, la rândul lor, generează emoţii negative şi comportamente dezadaptative.

Schemele cognitive îmbracă adesea forma „dacă – atunci", fiind similare credinţelor iraţionale identificate de Ellis („dacă nu sunt competent în toate domeniile, înseamnă că sunt un ratat") (Ellis şi Hauper, 1975).

Deşi nu sunt la fel de accesibile ca şi gândurile negative automate care au un caracter situaţional, schemele cognitive de bază devin clare pentru client şi terapeut pe măsură ce se evidenţiază temele constante legate de stările afective negative.

Odată identificate aceste teme, clientul va fi ghidat să analizeze utilitatea acestora (avantajele şi costurile menţinerii lor), precum şi validitatea lor. În cazul în care strategiile de, provocare a schemelor cognitive permit înlocuirea acestora cu unele mai raţionale, clientul începe să identifice situaţiile în care aceste convingeri disfuncţionle de bază acţionează implicit determinând reacţia sa la evenimentele perturbatoare ale existenţei.

Astfel, de pildă, convingerea menţionată mai sus poate fi înlocuită cu următoarea: „dacă voi depune suficiente eforturi pentru a realiza o sarcină, voi fi mulţumit de prestaţia mea."

În cursul demersului terapeutic, clientul învaţă faptul că toţi oamenii, indiferent de nivelul de inteligenţă devin victime ale unor erori de logică denumite distorsionări cognitive pe care învaţă să le identifice în cadrul propriului stil de gândire. Odată identificată distorsionarea respectivă (gândire de tipul „totul sau nimic" suprageneralizare, etichetare, ignorarea pozitivului, desprinderea unor concluzii pripite etc.), clientul va fi ajutat să corecteze raţionamentul care o include.

În cadrul terapiei cognitiv comportamentale, clientul şi terapeutul au o relaţie de colaborare, lucrând împreună pentru rezolvarea problemelor clientului.

La rândul său, acesta din urmă va juca un rol activ învăţând să descopere natura dificultăţilor sale şi să le depăşească prin utilizarea unor strategii terapeutice specializate.

Terapeutul nu-şi asumă rolul unei persoane atotştiutoare care ştie de ce un anumit gând sau convingere are un caracter disfuncţional, lăsându-l pe client să realizeze acest lucru.

Clientul va fi dirijat să adreseze întrebări gândurilor şi convingerilor negative disfuncţionale, infirmând veridicitatea lor şi înlocuindu-le cu unele alternative, mai realiste.

Terapeutul va avea un rol dominant, mai ales în primele etape ale terapiei, pentru a explica pacientului principiile acesteia, esenţa modelului cognitiv al tulburărilor emoţionale, precum şi modul în care operează principalele strategii terapeutice.

Strategii comportamentale

Terapia cognitivă împrumută unele metode şi tehnici din cadrul terapiei comportamentale, ajungându-se în felul acesta la demersul combinat de orientare cognitiv-comportamentală.

Deşi aceste strategii au drept scop stimularea activismului sau trăirea sentimentelor de satisfacţie şi autocontrol, terapeutul cognitivist se va concentra totdeauna asupra modificării convingerilor negative ce poate fi obţinută în urma aplicării tehnicilor de tip comportamentul. Clientului i se va explica natura şi motivaţia sarcinilor comportamentale, subliniindu-se importanţa acestora pentru testarea ipotezelor formulate referitoare la veridicitatea gândurilor şi convingerilor negative disfuncţionale.

Strategiile comportamentale au un rol auxiliar în cadrul terapiei; cu toate acestea importanţa lor nu trebuie minimalizată.

Prezentăm în cele ce urmează câteva dintre aceste strategii.

1. Automonitorizarea

Majoritatea clienţilor care încep un program de terapie cognitiv-comportamentală sunt solicitaţi să ţină un jurnal în cadrul căruia trebuie să-şi noteze activităţile şi stările afective asociate cu acestea.

Una dintre cele mai răspândite metode constă în evaluarea trăirilor emoţionale pe o scală gradată de la 0 la 100, 0 însemnând starea cea mai rea cu putinţă, iar 100 cea mai bună. Aşa cum sugerează Beck şi colaboratorii (1979), este indicat ca pacientul să noteze şi nivelul de satisfacţie şi măiestrie specific fiecărei activităţi desfăşurate.

Aceste înregistrări servesc, printre altele, informării terapeutului, dar şi conştientizării din partea clientului a modului în care acesta îşi petrece timpul.

Adesea, clientul este el însuşi surprins de unele aspecte ale înregistrării (cât de mult timp petrece în faţa televizorului).

Înregistrările iniţiale vor servi drept bază de comparaţie pentru evaluarea progreselor terapiei.

Prin intermediul acestora pot fi verificate şi unele afirmaţii şi convingeri eronate ale clientului de tipul: „nimic din ceea ce fac nu iese bine“ sau „nimic din ceea ce fac nu-mi oferă nici o satisfacţie“ etc. Înregistrările îi permit clientului să noteze evenimentele pozitive şi negative care s-au desfăşurat într-un interval de timp, precum şi gândurile care i-au venit în minte în legătură cu acestea.

Tot prin intermediul acestor înregistrări por fi identificate activităţi care sunt asociate cu stări afective pozitive sau negative, ori cu sentimentul de satisfacţie sau măiestrie, astfel putând fi evitate cele care conduc la menţinerea problemei simptom şi crescută frecvenţa celor cu efecte pozitive.

2. Tehnica orarelor şi programelor

Obiectivele acestei strategii sunt următoarele:

- creşterea probabilităţii de angajare a clientului în activităţi pe care înainte avea tentaţia de a le evita;

- depăşirea dificultăţilor decizionale în iniţierea unor acţiuni. Odată ce decizia a fost luată în cabinetul de psihoterapie sau de către clientul însuşi, acesta din urmă nu va trebui decât să ducă la bun sfârşit ceea ce şi-a propus.

Atunci când clientul nu duce la îndeplinire sarcinile trasate, terapeutul va discuta acest lucru în timpul şedinţei de psihoterapie.

Lipsa de complianţă faţă de îndeplinirea temelor pentru acasă are la bază mai multe cauze:

- terapeutul este prea exigent sau prea grăbit şi trasează sarcini prea dificile;

- clientul nutreşte gânduri sau convingeri negative legate de sarcinile respective (nu se crede capabil să le ducă la îndeplinire; crede că tot ce întreprinde este inutil).

În acest din urmă caz este necesară analiza cognitivă a obstacolelor apărute în calea îndeplinirii sarcinilor.

În general, este de dorit să fie planificate activităţi care provin din trei surse de informaţii:

- cele care sunt asociate cu stările afective pozitive sau cu sentimentul satisfacţiei sau măiestriei (nivelului de realizare.);

- cele de pe urma cărora clientul a obţinut satisfacţii în trecut şi care sunt evitate din cauza depresiei sau anxietăţii;

- activităţile noi asupra cărora clientul şi terapeutul vor cădea de acord că pot fi gratificante sau îi pot furniza informaţii noi.

Terapeutul cognitivist îl va ajuta pe client să anticipeze posibilele obstacole din mediul înconjurător sau obstacolele cognitive care ar putea interfera cu activităţile programate. Aceste obstacole vor fi dezbătute în şedinţa de psihoterapie şi, atunci când este cazul, programarea va fi modificată.

3. Prescrierea unor sarcini gradate

Deoarece sarcinile pe care clientul are tendinţa de a le evita sunt de regulă complexe şi dificile, se recomandă fragmentarea lor în sarcini mai simple, posibil de îndeplinit, şi cu un caracter mai concret.

Succesul obţinut în cazul îndeplinirii unei sarcini mai simple va motiva clientul să treacă la una ceva mai complexă.

De exemplu, unui client cu fobie socială care se teme să vorbească în public, i se poate trasa la început sarcina să-şi pregătească discursul şi apoi să-l repete în faţa oglinzii sau în faţa unor prieteni apropiaţi.

III. Psihoterapiile bazate pe demersul de rezolvare de probleme (PST)

D'Zurilla şi Nezu (2003) subliniază faptul că terapiile bazate pe rezolvarea de probleme au debutul în perioada 1960 – 1970, ca o componentă a terapiilor cognitiv – comportamentale.

Autorii menţionaţi au prezentat în anul 1963 în cadrul Asociaţiei Psihologilor Americani un studiu în care pledau pentru introducerea unor programe ale abilităţilor de rezolvare de probleme în vederea optimizării competenţelor sociale ale subiecţilor, studiu publicat mai târziu sub denumirea „Rezolvarea de probleme şi modificările în plan comportamental". (D'Zurilla, Nezu, 1971).

Mai târziu, Spivach, Platt şi Shure (1976) au publicat o lucrare de referinţă denumită „Adaptarea prin intermediul demersului de rezolvare de probleme", lucrare în care au abordat problematica interrelaţiei dintre abilitatea rezolvării problemelor de viaţă şi apariţia unor tulburări psihopatologice.

Începând cu anii 1970 au început să apară numeroase aplicaţii ale terapiei de rezolvare de probleme în clinică, consiliere şi în domeniul psihologiei sănătăţii, aplicaţii care vizau tratamentul şi prevenirea instalării unor disfuncţii psihice sau psihosomatice şi optimizarea performanţelor în muncă sau învăţare.

Demersul de rezolvare de probleme poate fi definit ca fiind un proces cognitiv-comportamental prin intermediul căruia o persoană caută să descopere soluţii adecvate şi adaptative la problemele sale de viaţă.

Acest proces poate fi caracterizat ca un demers raţional, conştient, orientat spre scop şi care presupune un efort revoluţionar din partea subiectului (D'Zurilla şi Nezu, 1982). Problemele la care se referă autorii implică probleme materiale, intrapersonale (emoţionale, cognitive, comportamentale, de sănătate), interpersonale (maritale, de cuplu, conflicte în familie sau la locul de muncă) şi comunitare (probleme cu legea, serviciile publice etc.).

Situaţia problematică poate fi definită ca o situaţie de viaţă sau ca o sarcină actuală sau anticipată care reclamă un răspuns adaptativ pe care subiectul nu-l are la dispoziţie imediat sau care pune în faţa acestuia anumite bariere sau obstacole.

Solicitările situației problematice își pot avea originea în mediul extern (solicitările obiective impuse de sarcină) sau intern (obiective personale, trebuințe, resurse.) Obstacolele țin de noutatea situației, ambiguitate, lipsa de predictibilitate, solicitări de tip conflictual, deficite în sfera abilităților sau resurselor individuale.

O problemă poate fi reprezentată de un eveniment singular, limitat de timp (de pildă o afecțiune somatică acută), de o serie de evenimente asemănătoare care acționează în mod repetitiv (solicitările iraționale ale patronului) sau de evenimente care acționează pe termen lung și au un caracter cronic (dureri continue, sentimente de singurătate etc.)

Soluția este un răspuns cu caracter adaptativ, specific situației în cauză și care reprezintă rezultatul demersului de rezolvare de probleme.

O soluție eficientă contribuie la modificarea situației și/sau a reacțiilor emoționale față de ea, astfel încât aceasta/acestea să nu mai fie privite de subiect ca o problemă, sporindu-se șansele de apariție a unor consecințe pozitive asupra subiectului și a celor din jur și reducându-se cele de apariție a unor consecințe negative.

D'Zurilla și Nezu (2003) realizează distincția dintre rezolvarea de probleme și implementarea soluției, aceasta din urmă având un caracter concret și referindu-se la o situație dată.

Marea majoritate a programelor de rezolvare de probleme au la bază modelul rezolvării problemelor sociale descris de D'Zurilla și Goldfried (1971) și dezvoltat de D'Zurilla și Nezu (1982, 1990, 1999). Acest model postulează faptul că demersul de rezolvare a problemelor de viață este determinat de două procese: orientarea asupra problemei și rezolvarea propriu-zisă a acesteia, primul având un caracter motivațional, iar cel de-al doilea implicând aplicarea strategiilor de rezolvare de probleme la o situație dată.

Strategiile abordării bazate pe rezolvarea de probleme

După ce a realizat evaluarea cognitiv comportamentală, terapeutul va decide dacă demersul de rezolvare de probleme este util pentru un anumit client și dacă da, cum poate fi aplicat acesta într-un mod cât mai eficient.

Abordarea bazată pe rezolvare de probleme este utilă în tratamentul oricărei tulburări în cadrul căreia clientul se confruntă cu o multitudine de probleme și stresuri cotidiene cărora nu este capabil să le facă față, datorită unor deficite în ceea ce privește orientarea sau rezolvarea propriu-zisă a problemelor.

Această abordare poate fi aplicată în calitate de demers unic sau ca o strategie în cadrul unui program terapeutic complex.

Obiectivul terapiei constă în a-l ajuta pe client să identifice și să soluționeze problemele curente de viață și să achiziționeze deprinderi cu caracter mai general care să-l ajute să facă față problemelor viitoare.

Rezolvarea problemelor clientului va viza şi reacţiile cu caracter dezadaptativ cum ar fi anxietatea, depresia, consumul abuziv de substanţe psihotrope, mâncatul compulsiv etc., care vor fi abordate ca probleme de rezolvat.

Formularea problemei în cazul unei tulburări depresive poate fi următoarea: „Mariana m-a anunţat că urmează să ne despărţim pentru că nu mă mai iubeşte. Mă simt deprimat şi lipsit de valoare. Ce ar trebui să întreprind pentru a mă simţi mai bine?"

În cazul bulimiei problema clientului ar putea fi formulată astfel:

„Sunt singură acasă şi mă uit la televizor. Dintr-o dată simt o puternică nevoie de a mânca ceva dulce, deşi ştiu că nu am voie. Ce trebuie să fac pentru a nu ceda impulsului de a mă duce la cofetărie să-mi cumpăr o prăjitură?"

Deşi este utilă abordarea simptomelor ca probleme ce trebuie rezolvate, accentul – în cadrul demersului de rezolvare de probleme – trebuie centrat prioritar pe antecedentele care le-au generat în vederea obţinerii unor modificări durabile şi generalizate în sfera comportamentală.

În cazurile în care aceste antecedente nu pot fi identificate, definite sau modificate, atunci demersul va fi centrat pe reducerea simptomelor cu caracter dezadaptativ.

Atunci când este aplicat ca psihoterapie independentă, programul de dezvoltare a deprinderilor de rezolvare de probleme, cuprinde de la 8 până la 16 şedinţe săptămânale cu durata de o jumătate de oră până la două ore şi are caracter de prevenire şi ameliorare a simptomelor şi menţinere a unor achiziţii în plan comportamental.

Programele se pot aplica individual, pentru grupuri mici de 6-8 participanţi sau pentru grupuri mai mari, unde îmbracă forma unor work-shop-uri.

Terapia individuală are avantajul că subiectului i se acordă o atenţie specială iar programul este mai flexibil putând fi adaptat problemelor acestuia, în timp ce intervenţia de grup are avantajul că experienţele împărtăşite motivează clienţii, grupul oferind sprijin şi modele de comportament.

Tehnicile demersului de rezolvare de probleme sunt următoarele: dialogul socratic, instrucţiunile cu caracter didactic, modelarea, ghidarea, repetarea, întărirea şi feed-back-urile.

Orientarea asupra problemelor include următoarele aspecte care trebuie antrenate în cazul clientului (D'Zurilla şi Nezu, 2003, p. 225):

- capacitatea clientului de a identifica în mod corect o problemă de viaţă, atunci când aceasta apare;
- convingerea legată de faptul că problemele reprezintă un aspect normal şi inevitabil al existenţei;
- capacitatea de a identifica în mod corect cauzele problemei;
- abilitatea de a privi problemele ca pe nişte provocări şi nu ca pe nişte catastrofe care trebuie evitate;

- formarea convingerii că are capacitatea de a face faţă problemelor stresante;
- conştientizarea faptului că problemele complexe necesită mai mult timp şi eforturi pentru a putea fi rezolvate;
- dezvoltarea motivaţiei de a rezolva problema într-un interval de timp clar delimitat;
- capacitatea de a bloca tendinţa de a reacţiona impulsiv în situaţii stresante.

Pentru a realiza o orientare corectă asupra problemelor, D'Zurilla şi Nezu (2003) propun tehnica jocului de rol inversat în care terapeutul va formula o convingere eronată cu privire la problemă, iar clientul va furniza argumente din care să rezulte faptul că respectiva convingere are un caracter iraţional. Aceste convingeri pot îmbrăca forme următoare:

„Nu toată lumea are probleme, dacă am o problemă înseamnă că sunt nebun", „Oamenii, nu se pot schimba şi asta înseamnă că voi rămâne totdeauna aşa" etc.

Strategiile psihoterapiei cognitive (identificarea distorsionărilor cognitive, contraargumentarea şi înlocuirea acestora cu gânduri şi convingeri mai realiste) vor fi utilizate de asemenea, pentru a modifica atitudinea clientului faţă de problemele sale.

Un alt pas important în cadrul demersului de rezolvare de probleme constă în ajutarea clientului să identifice corect problema. Se utilizează în acest scop liste de probleme (Mooney şi Gordon, 1950) referitoare la aspecte diferite ale existenţei: familie, profesie, finanţe, relaţii cu sexul opus, prietenie, copii, etc.

Etichetarea unei situţii ca reprezentând o problemă îl ajută pe client să se confrunte cu aceasta în loc să o evite sau să reacţioneze impulsiv.

D'Zurilla şi Nezu (2003, p. 226), recomandă în cadrul antrenamentului de rezolvare de probleme şi identificarea reacţiilor emoţionale, a stărilor fiziologice, precum şi a gândurilor negative care le generează („cred că nimic nu poate fi schimbat").

Clienţii vor fi apoi învăţaţi ca, la un semnal condiţionat („la culoarea roşie a unui semafor imaginar, opreşte-te şi reflectează!"), să reeticheteze situaţia şi stările emoţionale de la unele „îngrozitoare", la „ceva nu este în regulă".

Studiu de caz

Barbu, un inginer în vârstă de 36 de ani, diagnosticat cu depresie majoră pe fond toxic (consum abuziv de alcool), a fost trimis la psihoterapie, după ce soţia l-a părăsit. Clientul avea idei suicidare şi se simţea lipsit de speranţă.

Prezentăm mai jos, un fragment din cadrul dialogului terapeutic:

Terapeutul: Barbu, se pare că modul în care gândeşti îşi pune amprenta asupra stărilor tale afective. Să încercăm acum un joc în care eu voi juca rolul unui prieten de-al tău pe care nu l-ai mai văzut de mult, iar tu va trebui să găseşti contraargumente la spusele mele chiar dacă, în interiorul tău, eşti de acord cu ele.

T: Totul îmi merge prost, dar absolut totul! Soția m-a părăsit de aproape un an. Actuala prietenă se poartă ciudat, cred că mă va lăsa și ea. Săptămâna viitoare vine o comisie de la minister și sunt sigur că proiectul nostru nu va primi finanțare. S-ar putea chiar să fiu dat afară și să trebuiască să-mi caut alt serviciu. Nu mai am nici o speranță.

B: De ce să abandonezi atât de ușor? Ai muncit mult la acest institut și ai avut multe proiecte acceptate. Cât despre prietena ta, ce ți se pare ciudat în comportamentul ei?

T: Nu știu. Nimic nu mai merită eforturi din partea mea, toate strădaniile mele sunt lipsite de sens; totul s-a dus de râpă, este un dezastru.

B: Nu este adevărat că eforturile tale nu mai au nici un sens. Mulți oameni trec în viață prin perioade mai grele la serviciu. Cât despre prietena ta, de ce nu vorbești cu ea ca să vezi ce gândește cu adevărat? Știu ce simți.

T: Nu, nu ști. Nu ai idee ce înseamnă toate acestea pentru mine! Proiectul nu va fi finanțat, voi pierde serviciul, va trebui să schimb apartamentul și atunci este sigur că prietena mă va părăsi.

B: Nici măcar nu ești sigur de faptul că proiectul nu va fi finanțat și nu ai nici o dovadă că Greta te va părăsi. Se pare că nici nu vrei să vorbești cu ea.Treci printr-o perioadă mai proastă, dar oricine are astfel de probleme din când în când. Trebuie să încerci să faci ceva ca să depășești situația.

T: Nu știu. Este mai rău ca niciodată.

B: Cred că ar trebui să încerci să vezi lucrurile în mod diferit. În primul rând ar trebui să obții mai multe informații în legătură cu proiectul și cu intențiile Gretei, pentru că nu poți trage concluzii bazându-te doar pe ceea ce crezi tu că se va petrece. Chiar dacă aceste lucruri se vor întâmpla cu adevărat, vei găsi tu până la urmă o soluție. Toți avem probleme, nimeni nu este perfect.

T: Eu cred că ar trebui să fiu perfect pentru a-i mulțumi pe șefi și pentru a o face pe Greta fericită.

B: Este imposibil să fii perfect și să nu ai nici o problemă.

T: Ești sigur de asta?

B: Bineînțeles. Trebuie să fii realist. Sunt convins de faptul că există totdeauna o soluție.

Obiectivul acestui exercițiu este formarea unei orientări mai realiste a pacientului în raport de propriile sale probleme de viață.

Definirea și formularea problemelor

Această etapă constă în înțelegerea de către client a naturii problemelor și în identificarea unor obiective în vederea rezolvării acesteia. Clientul va fi dirijat (D'Zurilla și Nezu, 2003):

- să culeagă cât mai multe informaţii cu privire la problemă;
- să descrie faptele în termeni cât mai clari;
- să realizeze diferenţa dintre fapte şi presupuneri, interpretări, convingeri;
- să identifice acele circumstanţe care determină o situaţie să devină o problemă;
- să stabilească un set de obiective şi scopuri realiste.

Pentru a realiza acest lucru, clienţii vor trebui să răspundă la următoarele întrebări:

- cine? (cine este implicat în problemă?, cine este responsabil de apariţia problemei? etc.);
- ce? (ce simt în legătură cu problema?, ce anume mă face să mă îngrijorez sau să mă simt deprimat din cauza problemei?, ce cred despre problemă?, ce se va întâmpla dacă nu rezolv problema? etc.);
- unde? (unde se produce problema?);
- când? (când a apărut pentru prima oară problema?, când va trebui să rezolv problema?);
- de ce? (de ce a apărut această problemă?, de ce mă simt atât de deprimat în legătură cu aceasta?).

Terapeutul îl va ghida pe client să-şi stabilească obiective realiste şi posibil de atins. Pentru atingerea obiectivului final pot fi propuse obiective intermediare.

Astfel, un tânăr care îşi va fixa ca obiectiv final să aibă o relaţie bună şi durabilă cu o fată, va avea următoarele obiective intermediare:

- formarea şi dezvoltarea unor deprinderi de comunicare eficientă;
- frecventarea unor medii în care va putea întâlni cât mai multe persoane;
- stabilirea unor întâlniri cu persoane de sex opus;
- minimalizarea disconfortului asociat cu sentimentele de a fi respins.

D'Zurilla şi Nezu (2003, p. 229) vorbesc despre obiective centrate la problemă şi obiective centrate pe emoţii. Primele se referă la modificarea problemei ca atare (găsirea unui nou loc de muncă), în timp ce celelalte se referă la modificarea impactului emoţional legat de trăirea situaţiei problematice.

Clientul va fi ajutat să identifice şi obstacolele care îl împiedică să-şi atingă obiectivele. Aşa cum am mai subliniat, acestea pot să ţină de noutatea situaţiei, incertitudine, solicitări cu caracter conflictual, lipsa unor resurse interne sau externe etc.

Adesea, evidenţierea acestor obstacole poate conduce la reevaluarea obiectivelor sau a situaţiei. Există situaţii când problema asupra căreia s-a realizat focalizarea iniţială nu este problema reală, la o analiză mai atentă evidenţiindu-se un lanţ cauzal de probleme care se generează unele pe altele.

În cazul în care problema cu care se confruntă clientul este una deosebit de complexă, aceasta va fi fragmentată în componente mai reduse ca dimensiuni şi care pot fi rezolvate cu mijloacele de care dispune clientul.

Generarea unor soluții alternative

Clienții vor fi îndemnați să formuleze prin metoda brain-storming-ului (asaltului de idei) un număr cât mai mare de soluții pentru fiecare din problemele existente. Într-o primă etapă acestea nu trebuie evaluate sub aspectul caracterului realist sau al eficienței.

Studiu de caz

Lidia, o economistă în vârstă de 52 de ani, divorțată, a fost disponibilizată forțat în urma restructurării firmei la care lucra. Fiica ei Cristina era căsătorită și locuia la Ploiești. Clienta și-a definit problema ca fiind generată de teama de singurătate, obiectivul concret fiind formulat astfel: „aș dori să mă aflu cât mai mult timp în compania unor persoane dragi."

Soluțiile generate de clientă pentru problema sa au fost următoarele:

- vizitarea unor prietene din studenție cu care a întreținut legături sporadice;
- adoptarea unui animal de companie;
- invitarea unor vecine o dată pe săptămână la o cafea;
- voluntariat la un cămin de bătrâni din apropierea casei;
- frecventarea serviciului religios și stabilirea unor contacte cu anumite persoane din cadrul grupului de enoriași;
- achiziționarea unui calculator pentru a coresponda cu fiica și nepotul.

După identificarea acestor soluții posibile, clientei i-a revenit speranța că își poate rezolva problemele.

Următorul obiectiv al demersului de rezolvare de probleme constă în alegerea celei mai bune soluții care va fi implementată în practică.

Pentru atingerea acestui obiectiv clientul va fi ajutat să analizeze consecințele – pe termen scurt și pe termen lung – pentru propria persoană și pentru cei din jur, a fiecăreia dintre aceste alternative.

Acesta va trebui să evalueze și măsura în care alternativa aleasă poate fi realmente aplicată în practică.

Se aplică analiza beneficiilor și costurilor pentru fiecare alternativă și se acordă scoruri de la –3 (soluție total nesatisfăcătoare) la +3 (soluție optimă).

Evaluarea beneficiilor și costurilor poate fi realizată și sub forma unor procente.

În cazul în care foarte puține alternative se dovedesc satisfăcătoare clientul trebuie să-și adreseze întrebări suplimentare, de genul:

oare am cules suficiente informații referitoare la problema în cauză?
am definit corect problema?
nu am cumva obiective prea înalte?

am identificat un număr suficient de soluții posibile?

Odată realizată opțiunea, clientul împreună cu terapeutul vor realiza un plan pentru aplicarea acesteia.

În cazul în care clientul nu pune în aplicare soluția de teama unui eșec, terapeutul îl va ajuta să analizeze consecințele faptului de a pune sau de a nu pune în practică soluția identificată.

Studiu de caz

Mirela, o traducătoare în vârstă de 27 de ani, a ajuns la concluzia că soluția la problema ei ar consta în schimbarea locului de muncă. Deși convinsă că aceasta ar fi varianta optimă, clienta ezită să o pună în aplicare.

Dialogul dintre client și terapeut va decurge în felul următor:

Terapeutul: La întâlnirea noastră trecută am stabilit că vei completa o listă a consecințelor schimbării serviciului, precum și a celor ale rămânerii la vechiul loc de muncă. Să vedem care ar fi consecințele faptului că vei continua să lucrezi în același loc?

Mirela: O să am o părere proastă despre mine pentru că nu am fost capabilă să acționez.

T: Și ce alte consecințe mai întrevezi?

M: Sunt destule. Voi avea același salariu mic, nu voi putea lua un credit pentru achiziționarea unei locuințe și voi avea în continuare probleme cu gazda care are unele tulburări de comportament.

T: Să înțeleg că păstrarea vechiului serviciu te va determina să ai o părere proastă despre tine și te va împiedica să ai mai mulți bani pentru a-ți cumpăra o locuință nouă.

Ce consecințe întrevezi dacă vom pune în practică cele discutate în ședința trecută de terapie?

M: Va fi exact invers.Voi fi mai bine plătită pentru că am primit deja trei oferte mai bune, voi avea o părere mai bună despre mine și, aproape sigur, voi obține creditul dorit pentru achiziționarea unei garsoniere.

T: Analizând ambele liste de consecințe care este acum opinia ta?

M: Mi-am dat seama că am analizat situația în mod unilateral luând în calcul numai riscurile schimbările locului de muncă. Oricum, îmi pare rău că nu am încercat mai de mult, poate că nu aș fi avut atâtea necazuri.

Încep să mă gândesc tot mai mult la consecințele pozitive. În fond, dacă nu-mi rezolv singură problema, nu mi-o rezolvă nimeni. Dacă voi continua în aceeași manieră, voi suferi în continuare de depresie.

T: Ce ai de gând să faci acum?

M: Să pun în aplicare soluția pe care am găsit-o împreună și să-mi ofer o nouă șansă de viață!

După implementarea în practică a soluţiei pentru care o optat, clientul va fi îndrumat să monitorizeze consecinţele concrete ale aplicării acesteia oferindu-şi răspunsurile la următoarele întrebări: „mi-a oferit acest plan posibilitatea de a-mi atinge obiectivele?, care sunt consecinţele pozitive şi negative ale „aplicării planului?", mă simt mai puţin deprimat, mai puţin anxios? etc.

În cazul în care răspunsurile sunt pozitive şi susţin aplicarea soluţiei, clientul îşi va acorda autoîntăriri (se va felicita în gând sau îşi va oferi mici recompense concrete).

Pentru a optimiza demersul orientat spre rezolvarea de probleme, terapeutul trebuie să ţină seama de următoarele aspecte (adaptat după Nezu et al., 1998):

1. antrenamentul de rezolvare de probleme trebuie să aibă un caracter interactiv şi să se bazeze pe o relaţie pozitivă dintre client şi terapeut;
2. acesta trebuie adaptat particularităţilor individuale şi problematicii fiecărui client în parte;
3. este necesar să se pună un accent deosebit pe realizarea temelor pentru acasă;
4. demersul terapeutic trebuie focalizat asupra clientului;
5. nu trebuie abordate doar aspecte superficiale ale problematicii clientului terapeutul fiind cel care decide care este problema cea mai importantă pentru acesta;
6. clientul trebuie încurajat să implementeze în practică soluţiile pentru care a optat;
7. nu trebuie ignorate aspectele de natură emoţională ale clientului (obiectivele orientate asupra emoţiilor);
8. demersul terapeutic va fi facilitat dacă vor fi utilizate jurnale în care se monitorizează gândurile, stările emoţionale, comportamentele şi progresele terapiei.

IV. Psihoterapia rațional emotivă, variantă a terapiei cognitiv-comportamentale

Psihoterapia rațional-emotivă a fost elaborată de Ellis în anul 1955 (Ellis, 1997), aceasta având cea mai lungă istorie din cadrul terapiilor cognitiv-comportale (Dryden şi Ellis, 2003, p. 295).

Ellis a debutat ca psihanalist fiind dezamăgit de insuficiența acestui tip de abordare terapeutică. În acelaş timp, autorul a fost influențat de operele filosofilor stoici, maxima lui Epictet: „Oamenii nu sunt perturbați de împrejurări ci de modul în care le interpretează", reprezentând baza filosofică a terapiei național-emotive. În acelaşi timp, terapia rațional-emotivă are rădăcini umaniste pentru că (Ellis, 1984) îi ajută pe clienți să-şi dezvolte personalitatea, liberatea interioară, autocontrolul, imagina de sine şi interesele sociale.

După anul 1993, Ellis a modificat denumirea sistemului său, acesta devenind terapie comportamentală rațional-emotivă (REBT) ca o relație la criticile conform cărora ar fi neglijat aspecte legate de conduita clienților.

La ora actuală REBT utilizează pe scară largă strategiile terapiei comportamentale şi acordă o atenție sporită sarcinilor pentru acasă în cadrul cărora clienții sunt încurajați să exerseze cele învățate în cadrul şedințelor de terapie.

Psihoterapia comportamentală rațional-emotivă porneşte de la supoziția conform căreia individul uman este un complex organism biosocial care poartă în sine tendința de a-şi fixa şi de a urmări atingerea unor scopuri şi obiective care îl fac să tindă spre bunăstarea şi fericirea personală şi a celor din jur şi care conferă un sens existenței sale. Această tendință este însă blocată de credințele iraționale care îi perturbă pe oameni, aceştia având tendința de a catastrofiza evenimentele.

Conform concepției lui Elis, termenul de rațional se referă la ceea ce este logic, adevărat şi îl ajută pe individ să-şi atingă obiectivele.

La baza terapiei comportamentale rațional-emotive se află modelul ABC, în cadrul căruia A este reprezentat de evenimentul activator, B reprezintă sistemul de credințe şi convingeri referitoare la A (unde rB reprezintă credințele raționale şi iB

credinţele iraţionale) iar C, consecinţele în plan emoţional, cognitiv şi comportamental.

Deşi în cadrul acestui sistem terapeutic accentul cade pe factorii cognitivi, componentele emoţională, cognitivă şi comportamentală sunt privite în interdependenţă şi interacţiune Ellis (1979a) consideră că oamenii se perturbă pe ei înşişi mai mult decât îi perturbă împrejurările exterioare datorită unei puternice tendinţe de a gândi iraţional, transformându-şi dorinţele şi preferinţele în cerinţe absolutiste pe care le impun propriei persoane, celorlalţi şi mediului înconjurător.

Autorul aduce următoarele argumente în favoarea bazelor biologice ale iraţionalităţii umane (Ellis, 1976a, 1979a) (apud Dryden şi Ellis, 2003, p. 300):

1. În mod virtual toţi oamenii, chiar şi cei mai competenţi şi mai inteligenţi, dau dovadă de iraţionalitate în evaluările pe care le fac.

2. Virtual, toate tendinţele iraţionale (necesităţile absolute de tipul „trebuie neapărat“) care se găsesc în cultura anglo-saxonă se regăsesc practic în toate grupurile sociale şi culturale studiate de istorici şi antropologi.

3. Multe dintre comportamentele iraţionale puse în acţiune de oameni, cum ar fi tendinţele de amânare sau lipsa autodisciplinei, vin în contradicţie cu cele învăţate de la părinţi, şcoală sau mass-media.

4. Oamenii (chiar şi cei mai inteligenţi şi mai competenţi) adoptă alte conduite iraţionale după ce au renunţat la unele.

5. Persoanele care se opun cu tărie acestor comportamente iraţionale, le cad adesea pradă. Astfel, ateii şi agnosticii susţin sisteme filosofice absolutiste, în timp ce persoanele religioase comit acte imorale.

6. Conştientizarea gândurilor şi comportamentelor iraţionale nu contribuie decât parţial la modificarea acestora.

7. Oamenii revin adesea la deprinderi şi modele iraţionale de comportament, chiar şi atunci când s-au străduit foarte mult să le depăşească.

8. Comportamentele autoselective şi de autosabotare se achiziţionează mai repede (astfel, cineva mănâncă mai curând în exces, decât să urmeze un regim raţional).

9. Psihoterapeuţii, care ar trebui să reprezinte modelele de raţionalitate, acţionează de cele mai multe ori iraţional în viaţa lor personală şi profesională.

10. Oamenii se autoamăgesc considerând că anumite experienţe negative (divorţ, stres, catastrofe) nu li se vor întâmpla lor.

Analizând aceste argumente, s-ar părea că Ellis are o concepţie pesimistă cu privire la natura umană, ceea ce nu este adevărat pentru că autorul consideră că oamenii nu sunt robii tendinţelor iraţionale, ci le pot depăşi, măcar parţial, pe baza unor eforturi susţinute de modificare a stilului de gândire prin intermediul strategiilor terapiei comportamentale raţional-emotive.

Originea tulburărilor psihopatologice conform terapiei comportamentale raţional-emotive constă în tendinţa oamenilor de a formula cerinţe absolutiste care îmbracă forma unor imperative categorice („trebuie neapărat“).

Aceste convingeri au un caracter iraţional şi dogmatic, sunt rigide, neconforme cu realitatea, lipsite de logică şi îi împiedică pe oameni să-şi atingă obiectivele personale.

Aceste imperative categorice nu conduc în mod automat la tulburări psihopatologice deoarece un individ care crede că trebuie să reuşească neapărat în tot ce întreprinde poate chiar să aibă succes până la un anumit punct. Cu toate acestea, persoana rămâne vulnerabilă pentru că există posibilitatea să eşueze în viitor.

Situându-se pe o poziţie antiabsolutistă, Ellis consideră că o filosofie de viaţă de tip absolutist poate conduce în mod frecvent la astfel de tulburări, descriind-o ca pe un fel de „masturbare intelectuală". Particularităţile acestui stil de gândire sunt (Dryden şi Ellis, 2003):

1. Tendinţa spre „catastrofizare".

Aceasta presupune exagerarea unor evenimente negative, subiectul utilizând termeni ca „îngrozitor", „teribil", „oribil" etc.

2. Rezistenţa scăzută la frustraţie conform căreia individul nu poate fi fericit niciodată dacă un eveniment indezirabil se petrece sau dacă acesta se simte ameninţat de producerea lui.

3. Tendinţa spre depreciere care îi determină pe oameni să se considere pe ei înşişi sau pe ceilalţi în totalitate răi sau lipsiţi de valoare dacă au făcut ceva ce nu trebuia făcut sau, dimpotrivă dacă nu au făcut ceea ce trebuia făcut.

Tendinţa de depreciere se aplică şi unor situaţii, sau existenţei în general. Ellis este de acord cu faptul că persoanele perturbate comit o serie de erori de logică pe care psihoterapeuţii cognitivişti le denumesc distorsionări cognitive.

Deşi terapeuţii specializaţi în psihoterapie comportamentală raţional-emotivă identifică aceste distorsionări cognitive, accentul este pus pe imperativele categorice („trebuie neapărat") care reprezintă baza filosofică a convingerilor iraţionale care generează tulburări psihopatologice.

Dacă filosofia imperativelor categorice stă la baza tulburărilor emoţionale, se pune problema care este filosofia caracteristică persoanelor sănătoase mintal.

Specialiştii în psihoterapie comportamentală raţional emotivă consideră că aceasta are la bază caracterul relativ al dorinţelor umane. Oamenii au o serie de dorinţe, tendinţe, preferinţe şi aspiraţii pe care, dacă nu le transformă în cerinţe absolutiste, nu vor fi perturbaţi psihic. Aceştia vor trăi stări afective negative cu caracter adecvat (tristeţe, în loc de disperare, îngrijorare în loc de panică etc.) şi adaptativ, emoţii care vor juca un rol motivator ajutându-i să depăşească obstacolele care le stau în cale.

Individul nu va mai avea tentativa de a catastrofiza evenimentele, iar în cazul în care dorinţele sale nu vor fi satisfăcute, va aprecia situaţia ca fiind dezagreabilă, dar nu dezastroasă.

Aşa cum am mai subliniat, terapia comportamentală raţional-emotivă are o viziune optimistă asupra naturii umane. Deşi Ellis postulează faptul că oamenii au tendinţa înăscută de a gândi iraţional, aceştia au – în acelaşi timp – capacitatea de a lucra asupra lor în vederea modificării manierei autoperturbatoare de a gândi.

Pentru a se obţine modificări durabile în sfera personalităţii este necesară o restructurare la nivelul filosofiei de viaţă în sensul renunţării la cerinţele absolutiste („trebuie neapărat") şi înlocuirea lor cu unele mai realiste, clientul trebuind să întreprindă următoarele acţiuni (Dryden şi Ellis, 2003, p. 311):

- să conştientizeze faptul că el însuşi îşi crează într-o măsură foarte mare tulburările psihopatologice, împrejurările externe reprezentând doar condiţii şi nu cauze ale acestor tulburări;
- să conştientizeze faptul că are capacitatea de a modifica în mod substanţial aceste perturbări;
- să înţeleagă faptul că tulburările emoţionale şi comportamentale au la bază credinţe iraţionale, absolutiste, dogmatice;
- să identifice credinţele iraţionale proprii şi să realizeze diferenţa dintre acestea şi alternativele lor mai raţionale;
- să combată aceste credinţe iraţionale prin metoda contraargumentării logice;
- să interiorizeze noile convingeri mai realiste utilizând strategii cognitive, emoţionale şi comportamentale;
- să continue procesul de combatere a credinţelor iraţionale pe parcursul întregii existenţe.

Atunci când oamenii reuşesc să producă modificări la nivelul filosofiei de viaţă (B din cadrul modelului ABC), aceştia vor reuşi de cele mai multe ori să corecteze în mod spontan, distorsionările cognitive (suprageneralizarea, falsele atribuiri etc.) (Wessler şi Wessler, 1980).

Deşi terapeuţii specializaţi în terapie comportamentală raţional-emotivă sunt de părere că este mai util să se obţină la client o modificare profundă a filosofiei de viaţă, aceştia nu insistă în mod dogmatic ca pacienţii lor să facă neapărat astfel de schimbări. În cazul în care aceştia nu au capacitatea de a le realiza, terapeuţii îi vor ajuta să facă modificări la nivelul A din cadrul modelului ABC (să evite situaţia stresantă sau să-şi modifice comportamentul).

Astfel, de exemplu, o persoană stresată de şef, poate schimba serviciul sau poate practica exerciţii de relaxare pentru a face faţă mai bine stresului.

Psihoterapia comportamentală raţional-emotivă individuală

Relaţia dintre client şi terapeut

Multe sisteme terapeutice consideră că relaţia psihoterapeutică reprezintă un element major al schimbării.

Specialiştii în terapie comportamentală raţional-emotivă sunt de părere că relaţia terapeutică reprezintă un element important, fără a fi o componentă a procesului terapeutic.

Ellis (1979a) afirma că o terapie eficientă trebuie realizată într-o manieră afectiv-directivă, deşi uneori se pot obţine succese şi adoptând un stil terapeutic ceva mai pasiv. Pentru a-l învăţa pe client să gândească mai raţional şi apoi să aplice cele învăţate în mod individual, terapeutul se va comporta ca un educator şi va contribui la crearea unui climat favorabil învăţării.

De asemenea, terapeutul îl va accepta pe client necondiţionat ca persoană fără a-l aprecia la nivel global. Acesta îi va arăta clientului că îl înţelege, indiferent cât de iraţional şi autodestructiv se comportă în timpul terapiei sau în afara acesteia, însă fără a-l lăsa să înţeleagă că este de acord cu el.

Terapeutul specializat în terapie comportamentală raţional-emotivă nu trebuie să adopte o atitudine prea apropiată şi caldă, pentru a nu încuraja nevoia de aprobare şi dragoste, atitudine despre care clientul crede în mod iraţional că este absolut necesară pentru ca el să fie fericit.

Clienţii care au lucrat cu terapeuţi apropiaţi şi calzi se simt bine, obţin ameliorări mai rapide pentru că se simt valorizaţi de terapeut, dar, în acelaşi timp, rămân dependenţi de evaluări externe fără a-şi modifica filosofia de viaţă care se află la baza autoacceptării.

Marea majoritate a terapeuţilor specializaţi în REBT interacţionează cu clienţii într-o manieră deschisă şi nu ezită să ofere clienţilor informaţii despre ei dacă aceştia îi solicită, excepţie făcând situaţiile în care clienţii ar putea utiliza aceste informaţii împotriva lor. Adesea aceştia nu se sfiesc să facă dezvăluiri clienţilor, mai ales dacă au trecut prin experienţe similare cărora le-au făcut faţă cu ajutorul metodelor terapiei comportamentale raţional-emotive. În felul acesta, terapeutul va putea servi drept model clientului insuflându-i speranţa că problemele emoţionale şi comportamentale pot fi depăşite.

În acelaşi timp, terapeuţii specializaţi în terapie comportamentală raţional-emotivă sunt de acord cu experienţialiştii, în ceea ce priveşte rolul empatiei în cadrul demersului terapeutic.

Aceştia vor oferi clienţilor empatie nu numai la nivel emoţional (arătându-le că ştiu ceea ce simt aceştia), ci şi intelectualul (arătându-le că înţeleg filosofia de viaţă care se află în spatele stărilor lor emoţionale).

Modalitatea de interacţiune are un caracter informal, terapeutul utilizând adesea umorul datorită opiniei conform căreia tulburările emoţionale sunt datorate faptului că subiectul ia viaţa prea în serios. Clientul trebuie învăţat să se amuze pe seama gândirii sale disfuncţionale şi a comportamentelor dezadaptative, fără însă a fi ironizat ca persoană.

Terapeutul REBT va utiliza umorul şi ironia şi împotriva propriilor convingeri iraţionale, arătându-i astfel clientului că nu se ia prea tare în serios. (Ellis, 1983b).

Deşi terapeutul tinde să prefere stilul informal plin de umor activ şi directiv, acesta trebuie să se comporte flexibil răspunzând la întrebarea: „Ce stil terapeutic este mai potrivit pentru un anumit client?“ (Eschenroeder, 1979, p. 5).

Procesarea terapeutică

Ellis şi alţi specialişti în REBT sunt de părere că, deşi metodele tradiţionale de evaluare pot fi uneori utile, cea mai eficientă formă de evaluare constă în a realiza câteva şedinţe de psihoterapie cu clientul. Avantajele acestui tip de evaluare sunt următoarele:

1. Clienţii încep să lucreze asupra problemelor lor imediat, obţinând beneficii terapeutice în timp ce sunt evaluaţi.
2. Se poate alege mai uşor strategia terapeutică potrivită fiecărui client prin intermediul experimentării directe.
3. Aplicarea unei baterii clasice de teste poate avea un caracter iatrogen pentru unii clienţi (le poate induce simptome), aceştia începând să-şi imagineze tot felul de lucruri îngrozitoare despre ei înşuşi.
4. Testele proiective pot conduce la o evaluare eronată a problemei, îndepărtându-l pe terapeut de esenţa acesteia.
5. Unii clienţi consideră explicaţiile furnizate în urma unei psihodiagnoze complexe ca pe nişte adevăruri absolute, crezând că aceste explicaţii chiar îi ajută să se vindece.

Evaluarea realizată prin intermediul demersului terapeutic este focalizată pe ideea că subiectul trebuie să se schimbe şi nu pe diagnostice sofisticate şi atent elaborate.

În momentul în care solicită sprijin din partea terapeutului, cunoştinţele clienţilor cu privire la specificul terapiilor cognitiv-comportamentale în general şi al REBT în mod special sunt foarte diferite.

Din acest motiv este inutil pentru terapeut să analizeze expectaţiile clientului faţă de psihoterapie. Clienţii care au expectaţii realiste, vor avea nevoie de mai puţine detalii referitoare la mecanismele şi strategiile terapeutice.

În cadrul interviului iniţial, terapeutul îi va preciza clientului că terapia comportamentală raţional-emotivă reprezintă un demers activ, directiv şi structurat orientat asupra discutării problemelor prezente şi viitoare şi care presupune că acesta din urmă să joace un rol activ în cadrul procesului de schimbare (Dryden, 1999).

Terapeutul va acorda relativ puţin timp culegerii unor informaţii din istoria vieţii pacientului, cerându-i în schimb să-şi descrie problemele, după care trece la prezentarea modelului ABC pornind de la acestea. În cazul în care clientul descrie evenimentul activator A, terapeutul îi va cere să descrie componenta C (consecinţele în plan emoţional şi comportamental).

Dacă clientul îşi începe relatarea cu componenta C (reacţii emoţionale şi comportamente), terapeutul va solicita o descriere succintă a componentei A.

Atunci când componenta A este evaluată, unii terapeuţi vor investiga inferenţele pe care le realizează clientul în vederea identificării componentei B.

Acest demers poartă denumirea de lanţ inferenţial (Moore, 1983) şi se prezintă astfel:

Terapeutul: Care a fost trăirea ta afectivă cea mai puternică în acea situaţie?

Marina: Cred că am fost furioasă.

T: Furioasă în legătură cu ce anume? (terapeutul a obţinut date referitoare la C şi acum investighează componenta A).

M: Am fost furioasă pentru că Dan nu m-a sunat să mă felicite de ziua mea (informaţii referitoare la A).

T: Şi ce anume te-a făcut să te înfurii? (terapeutul verifică dacă A reprezintă elementul cel mai important în cadrul lanţului inferenţial.)

M: Ei bine, el a promis că nu va uita (A2).

T: Şi dacă nu şi-a respectat promisiunea (verifică însemnătatea evenimentului A3).

M: Cred că lui nici nu-i pasă de mine (A3).

T: Să presupunem că aşa stau lucrurile. De ce te-ar deranja atât de mult aceasta? (verifică relevanţa evenimentului A3).

M: S-ar putea ca el să mă părăsească (A4).

T: Şi dacă ar face-o? (verifică relevanţa evenimentului A4).

M: Voi rămâne singură (A5).

T: Şi dacă vei rămâne singură? (verifică A5).

M: Nu aş putea suporta acest lucru (credinţa iraţională iB).

T: Să analizăm puţin cele discutate până acum. Ce ar fi mai neplăcut pentru tine: faptul că nu ţi-a telefonat de ziua ta, faptul că nu s-a ţinut de cuvânt, faptul că nu-i pasă de tine, că te va părăsi sau că vei rămâne singură?

M: Că voi rămâne pentru totdeauna singură.

Din exemplu de mai sus rezultă faptul că nu numai inferenţele sunt conectate între ele, ci şi stările emoţionale. Astfel reacţia de furie a clientului este strâns legată de teama de singurătate.

Un terapeut experimentat va reuşi să identifice ceea ce ascunde în spatele problemei prezentate de client.

Deşi consecinţele (C) sunt, de regulă, evaluate prin intermediul relatărilor verbale ale clienţilor, unii dintre aceştia pot avea dificultăţi în descrierea problemelor lor emoţionale şi comportamentale.

În aceste cazuri, terapeutul va utiliza strategii emoţionale (jocul de rol, tehnica scaunului gol din terapia gestaltistă), imaginative sau de monitorizare a trăirilor şi comportamentelor (Dryden, 1999).

În cazul în care interviul de evaluare a evidenţiat stări active dezadaptative şi comportamente disfuncţionale, terapeutul va proceda la evidenţierea convingerilor iraţionale (iB). Un pas important îl reprezintă sesizarea de către

client a legăturii dintre aceste credințe iraționale și consecințele în plan emoțional și comportamental.

Unii terapeuți aleg să prezinte sub forma unui dialog rolul imperativelor categorice în generarea tulburărilor emoționale, realizând distincția dintre acestea și preferințele unei persoane.

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul dialogului terapeutic punctat de Ellis cu un client (Dryden și Ellis, 2003, p. 322, 323).

Ellis: Imaginează-ți că ai prefera să ai în buzunar 1100 de dolari și descoperi că nu ai decât 1000. Nu este esențial, dar este de dorit să ai 1100. Cum te-ai simți?

Clientul: Frustrat.

Ellis: Poate te-ai simți îngrijorat sau întristat dar nu te-ai sinucide pentru asta, nu-i așa?

Clientul: Evident.

Ellis: Ei bine, imaginează-ți acum că trebuie neapărat cu orice preț să ai totdeauna în buzunar minimum 1100 de dolari. Trebuia neapărat să-i ai este o necesitate. Trebuie cu orice preț, cu orice preț să-i ai și nu ai decât 1000 de dolari. Cum te-ai simți?

Clientul: Foarte îngrijorat.

Ellis: Sau deprimat. Amintește-ți acum că este vorba de aceeași sumă, dar de convingeri diferite. Acum nutrești aceași convingere că este obligatoriu, că trebuie neapărat, cu orice preț să ai 1100 de dolari în permanență și constați că ai 1200. Cum te-ai simți?

Clientul: Mulțumit, liniștit.

Ellis: Nutrind aceeași convingere că trebuie neapărat să ai minimum 1100 de dolari asupra ta tot timpul, s-ar putea întâmpla ceva care te-ar face să redevii foarte speriat. Ce crezi că s-ar putea întâmpla?

Clientul: Să pierd 200 de dolari.

Ellis: Ai putea pierde, cheltui sau ți s-ar putea fura 200 de dolari. Morala acestui exemplu este următoarea: toți oamenii bogați sau săraci, albi sau negri, bărbați sau femei, tineri sau vârstnici, acum și întotdeauna devin perturbați atunci când nu obțin ceea ce cred neapărat că trebuie să obțină și se panichează când au obținut acel lucru, din cauza convingerii „trebuie neapărat, cu orice preț...“, pentru că, deși dețin acel lucru, se tem că îl pot pierde.

Clientul: Nu am nici o șansă să fiu mulțumit atunci când nu am ceea ce cred neapărat că trebuie să am și nici să rămân liniștit atunci când am acel lucru.

Ellis: Evident. Tendința de „masturbare intelectuală“ nu-ți va produce decât depresie și panică.

Un aspect important al evaluării din cadrul REBT constă în a-l ajuta pe client să realizeze distincția între problemele primare (depresie, anxietate, adicție etc.) și problemele secundare sau metaproblemele (este deprimat pentru că este deprimat, anxios pentru că trăiește o stare de anxietate etc.).

Adesea terapeuţii REBT identifică mai întâi metaproblemele şi abia ulterior problemele de bază deoarece acestea îi atrag atenţia în cadrul interviului preliminar.

Astfel, un client nu se poate focaliza uşor asupra anxietăţii sale deoarece se culpabilizează pentru că este anxios.

După ce problemele primare şi secundare au fost identificate şi evaluate conform modelului ABC, clienţii sesizând legătura dintre acestea şi credinţele iraţionale, terapeutul va trece la etapa contraargumentării. Obiectivul iniţial al acesteia constă în a-l ajuta pe client să obţină „insight"-ul (iluminarea) intelectual asupra faptului că nu există nici un temei logic pentru susţinerea cerinţelor cu caracter absolutist. În cazul în care clienţii au dorinţe realiste, dacă acestea nu vor fi îndeplinite se vor simţi rău (nu îngrozitor), iar dacă vor fi îndeplinite îşi vor atinge obiectivele.

„Insight"-ul intelectual presupune conştientizarea faptului că cerinţele absolutiste şi credinţele iraţionale conduc la tulburări emoţionale şi la comportamente cu caracter disfuncţional, în timp ce credinţele raţionale stau la baza sănătăţii mentale.

Dacă însă oamenii au doar uneori credinţe raţionale, aceştia au obţinut un „insight" intelectual care, însă, nu-i ajută în suficientă măsură să se modifice (Ellis, 1963, 1985a, 1985b, 1994b). Din acest motiv demersul terapeutic trebuie continuat până la obţinerea unui „insight" de natură emoţională. Acesta presupune convingerea puternică, fermă şi permanentă că cerinţele şi credinţele iraţionale au un caracter disfuncţional, în timp ce cerinţele raţionale sunt utile (Ellis, 1963). Atunci când o persoană a realizat „insight"-ul emoţional, ea va gândi, va simţi şi va acţiona conform unor convingeri raţionale.

În timpul procesării terapeutice vor apărea obstacole frecvente în calea progresului terapeutic (Dryden şi Ellis, 2003, p. 324). Aceste obstacole ţin de relaţia terapeutică dintre client şi terapeut.

Obstacolele ce ţin de relaţia terapeutică se referă la faptul că terapeutul şi clientul nu se potrivesc sau, dimpotrivă, empatizează prea mult, terapia devenind în acest din urmă caz o experienţă agreabilă care ar putea fi întreruptă în cazul în care clientul s-ar ameliora.

Obstacolele ce ţin de terapeut se referă – pe de o parte – la insuficienta pregătire a terapeutului, iar – pe de altă parte – la propriile sale nevoi de aprobare, succes şi confort în cadrul relaţiei terapeutice. Din acest motiv, este indicat ca terapeutul să urmeze el însuşi un program de psihoterapie comportamentală raţional-emotivă.

În ceea ce priveşte clientul, Ellis afirma, referindu-se la persoanele rezistente la terapie, că cei care beneficiază cel mai mult de pe urma acesteia ar avea mai puţină nevoie de ea adică cei mai puţin perturbaţi.

Pentru aceşti clienţi care manifestă rezistenţă faţă de terapie este necesar un demers flexibil, creativ care să deschidă posibilităţi de experimentare a unor noi strategii terapeutice.

Încheierea terapiei se realizează atunci când clienții:

- conștientizează faptul că trăiesc emoții negative și declanșează comportamente dezadaptative;
- detectează convingerile iraționale;
- realizează distincția din credințele iraționale și alternativele raționale ale acestora;
- combat aceste credințe iraționale prin intermediul unor strategii cognitive, emoționale și comportamentale.

Strategiile psihoterapiei comportamentale rațional-emotive

1. Strategii cognitive

Cea mai frecvent utilizată strategie în cadrul REBT constă în combaterea credințelor iraționale prin tehnica contraargumentării.

Phadke (1982) subliniază faptul că procesul de contraargumentare implică următoarele etape:

- detectarea credințelor iraționale;
- găsirea de argumente pentru și împotriva credințelor iraționale prin intermediul dialogului socratic. Întrebările adresate clientului vor fi de tipul următor: „Ce dovadă ai că trebuie neapărat să obții acel lucru?"; „De unde rezultă faptul că dacă dorești un lucru trebuie să-l obții?".

Clienții vor primi ca sarcină pentru acasă să combată în scris credințele iraționale și dorințele cu caracter absolutist.

În cazul clienților care consideră contraargumentarea un proces prea dificil, se realizează strategia repetării metale a unor afirmații care reprezintă dorințe și convingeri realiste:

„Aș dori ca soțul meu să revină la mine, dar voi supraviețui dacă nu o face."

Printre strategiile cognitive se numără și lecturarea unor materiale bibliografice sau ascultarea unor casete referitoare la principiile REBT, precum și aplicarea strategiilor terapiei comportamentale rațional-emotive pentru a ajuta unii prieteni sau cunoscuți în vederea exersării contraargumentării raționale.

Sunt utilizate, de asemenea, metode semantice prin intermediul cărora clientul învață să utilizeze un limbaj mai puțin încărcat afectiv. Astfel, în loc de termeni categorici și absolutiști („este îngrozitor"; „este oribil"; „este teribil" etc.) se vor utiliza unii cu caracter mai ponderat („ este neplăcut"; „este dezagreabil" etc.).

În cazul unor deprinderi greșite (fumat, consum de substanțe psihotrope etc.) se aplică o tehnică asemănătoare analizei beneficiilor și costurilor, clienții fiind îndrumați să sesizeze avantajele și dezavantajele menținerii unui anumit tip de comportament.

2. Strategiile imaginative

Strategiile imaginative ocupă, la rândul lor, un loc important în cadrul demersului terapeutic comportamental rațional-emotiv.

Astfel, *tehnica imaginației emotive* (Ellis, 1993c; Maultsby și Ellis, 1974) este utilizată pentru transformarea emoțiilor negative în emoții cu caracter adaptativ, în timp ce clientul își reprezintă în plan mental evenimentul activator A.

Strategia deplasării imaginare în viitor (Lazarus, 1984) constă în a-i cere clientului să-și imagineze cum va arăta existența sa după ce evenimentul „îngrozitor" s-a produs deja. În felul acesta, clientul va fi ajutat să-și modifice credințele iraționale pentru că va constata faptul că viața va continua, el depășind situația și continuând să-și urmărească obiectivele.

Un număr însemnat de terapeuți dintre care menționăm pe Boutin și Tosi (1983) și pe Golden (1983) combină strategiile rațional-emotive cu hipnoza clinică.

3. Strategii emoționale

Psihoterapia comportamentală rațional-emotivă a fost criticată adesea în mod just pentru neglijarea aspectelor emoționale ale psihoterapiei.

Printre tehnicile emoționale se numără:

- ironia și umorul care sunt menite să-i ajute pe clienți să nu se ia prea tare în serios;
- autodezvăluirile realizate de către terapeut prin intermediul cărora acesta îi va servi drept model clientului explicându-i că a avut probleme similare pe care le-a depășit prin intermediul strategiilor REBT;
- utilizarea unor metafore, parabole, povestiri, aforisme menite să sporească forța argumentării împotriva credințelor iraționale (Wessler și Wesler, 1980);
- exerciții de provocare a unor sentimente de jenă pentru a-i învăța pe clienți să se accepte pe sine și să tolereze un anumit nivel de disconfort (i se cere clientului să se îmbrace nepotrivit, să strige într-un loc aglomerat, să comită încălcări minore ale regulilor sociale etc.).

În aceeași categorie se înscriu și exercițiile de asumare a unor riscuri de intensitate redusă cum ar fi, de pildă, solicitarea unui client cu fobie socială să ia cuvântul în public.

Aceste exerciții au rolul de a-i demonstra clientului faptul că nu se produce nimic dezastruos.

4. Strategii comportamentale

Specialiștii în REBT au utilizat strategii comportamentale începând din anul 1955, deoarece au realizat faptul că modificările în plan cognitiv sunt

facilitate de cele realizate în plan comportamental (Emmelkamp, Kuipers şi Eggeraat, 1978).

Strategiile comportamentale mai frecvent utilizate sunt:

- *desensibilizarea sistematică* în plan real („in vivo") după principiul imersiunii (flooding). Spre deosebire de desensibilizarea care are loc prin confruntarea graduală cu stimuli progresiv tot mai anxiogeni, acest tip de desensibilizare solicită o confruntare dură şi directă cu situaţia fobică. Astfel, de exemplu, unui client cu fobie de ascensor i se va cere să-l utilizeze de 200 de ori pe zi.

Deoarece unii clienţi refuză să ducă la îndeplinire astfel de sarcini, terapeutul va recurge la o soluţie de compromis, trasându-le sarcini suficient de dificile, dar care nu le depăşesc posibilităţile actuale (Dryden, 1985).

- *strategia rămânerii în situaţie* (Grieger şi Boyd, 1980): clientul este solicitat să stea cât mai mult într-o situaţie dezagreabilă, pentru a se obişnui să tolereze disconfortul;

- *exerciţiul antiamânare* „presupune solicitarea clientului" căruia i se cere să execute sarcinile cât mai repede pentru a lupta împotriva tendinţei de a tergiversa lucrurile;

- *acordarea unor recompense şi sancţiuni;*

- *jocul de rol „ca şi cum"* propus de Kelly (1955): clientul este ghidat să se comporte ca şi cum ar gândi raţional pentru a analiza faptul că schimbarea este posibilă;

- *antrenarea unor deprinderi de viaţă deficitare.*

Strategiile care trebuie evitate în cadrul REBT

Aceste strategii nu sunt indicate, dar ele nu trebuie evitate în mod absolutist, fiind aplicate în scop pragmatic pentru unii clienţi (Ellis, 1985 b).

• Strategiile care îi determină pe clienţi să devină mai dependenţi, datorate căldurii afective şi întăririlor acordate de terapeut şi care generează nevroza de transfer.

• Cultivarea exagerată a gândirii pozitive care accentuează sugestibilitatea clienţilor.

• Tehnici de lungă durată care s-au dovedit ineficiente (tehnica psihanalitică a asociaţiilor libere sau realizarea de descrieri excesiv de ample ale evenimentului activator A.

• Metode care îl determină pe client să se simtă bine pe termen scurt, dar nu şi pe termen lung, cum ar fi unele strategii experienţiale de exprimare a sentimentelor prin joc dramatic sau metode de catharsis, cât şi unele tehnici specifice gestalt-terapiei.

• Tehnici care îl distrag pe client de la lucrul asupra convingerilor iraţionale; tehnici de relaxare, Yoga sau alte strategii de distragere cognitivă; aceste strategii

pot fi aplicate în combinaţie cu cele de combatere a convingerilor iraţionale prin metoda contraargumentării.

• Metode care încurajează rezistenţa scăzută la frustraţie (desensibilizarea gradată).

• Strategii care încurajează o filosofie neştiinţifică: misticismul, vindecarea prin intermediul credinţei (Ellis. 1985 b; Ellis şi Yeage, 1989).

• Tehnici care pun accent pe modificarea evenimentului activator A înainte sau fără a ajuta clienţii să-şi modifice credinţele iraţionale (B). Din această categorie fac parte unele tehnici ale psihoterapiei strategice.

• Tehnici a căror validitate nu a fost suficient verificată ca în cazul celor de programare neurolingvistică.

Studii de caz

Alexandra, o traducătoare în vârstă de 42 de ani, mama unei adolescente de 16 ani s-a prezentat la cabinetul de psihoterapie pentru fobia de a conduce maşina. Alexandra a suferit în urmă cu un an un accident auto minor în calitate de pasager. Teama ei de a şofa s-a instalat imediat şi se manifesta mai ales când pe lângă ea treceau autovehicule mari. În momentul în care se simţea speriată, clienta intra în panică pentru că trăia starea de anxietate. Demersul terapeutic a fost direcţionat iniţial asupra metaproblemei, gândurile ei iraţionale îmbrăcând forma: „nu trebuie să fiu speriată, este îngrozitor atunci când simt teamă". Clienta a fost ajutată să combată acest gând negativ şi să-l înlocuiască cu un gând mai raţional: „anxietatea este neplăcută, dar nu este periculoasă".

Ulterior a fost abordată anxietatea primară. Metoda lanţului inferenţial (Moore, 1983) a evidenţiat faptul că Alexandra se temea de faptul că va muri înainte de termenul firesc, cât şi de ceea ce va face fiica ei, Andreea, în cazul decesului mamei.

Terapeutul a ajutat-o să conştientizeze faptul că nu există nici o lege universală care să postuleze că ea nu va muri într-un accident şi că ar trebui să trăiască mai mult decât îi este scris. De asemenea, clienta a fost întrebată care ar fi cel mai rău lucru care crede că i s-ar putea întâmpla fiicei ei. Clienta a afirmat că Andreea ar putea să nu intre la facultate. În continuare, terapeutul i-a explicat că ar fi un lucru foarte neplăcut, dar că nu ar fi o catastrofă, multe femei fiind fericite şi dacă nu au studii superioare.

Clienta a fost încurajată să şofeze chiar dacă simţea teamă, catalogându-şi experienţa ca fiind neplăcută, dar nu îngrijorătoare, expunându-se conducerii pe şosele aglomerate pe unde treceau adesea camioane.

Terapeutul a ajutat-o să conştientizeze faptul că gândurile sale iraţionale B au condus-o la supraestimarea probabilităţii unor evenimente: va muri şi fiica ei nu va intra la facultate, acestea reprezentând consecinţele cognitive ale unor credinţe iraţionale.

După 10 şedinţe de psihoterapie clienta a reuşit să şofeze normal, deşi mai simte încă un oarecare disconfort atunci când este prinsă între camioane de tip TIR.

Matei, un inginer în vârstă de 47 de ani, a fost trimis, la cabinetul de psihoterapie după ce şi-a pierdut locul de muncă în urma unor restructurări şi a început să aibă probleme de dinamică sexuală. La interviul clinic, clientul a prezentat idei cu conţinut suicidar.

Acesta a afirmat că se simţea lipsit de speranţă în ceea ce priveşte viitorul şi considera că este „terminat ca bărbat".

Terapeutul l-a ajutat să se accepte ca bărbat chiar dacă a suferit două pierderi temporare: serviciul şi funcţie erectilă.

În timpul celei de-a doua şedinţe de psihoterapie, Matei a afirmat faptul că se simte ruşinat că este depresiv şi că a apelat la ajutorul psihologului.

Acesta a fost dirijat să lupte împotriva gândului iraţional: „trebuie să fiu în stare să-mi rezolv singur problemele". De asemenea, el a fost sfătuit să discute despre problema sa cu un prieten apropiat pentru a-şi depăşi sentimentele de jenă. Acest demers l-a ajutat pe Matei să-şi modifice priorităţile, considerând că prietenia reprezintă o valoare care poate defini pe cineva ca om.

Tulburarea de dinamică sexuală a fost abordată prin metoda antrenamentului mental în stare de transă hipnotică (clientul a fost dirijat să-şi imagineze un act sexual reuşit împreună cu soţia). De asemenea, gândul iraţional „trebuie cu orice preţ să obţin o erecţie perfectă" a fost înlocuit cu unul mai raţional: „pot să mă bucur de dragoste şi intimitate chiar în absenţa unei erecţii perfecte."

Dispoziţia lui Matei s-a ameliorat simţitor şi acesta a început să se ocupe cu plăcere de treburile gospodăreşti pe care nu le mai considera „obligaţii feminine". În acelaşi timp el a acceptat să ţină câteva seminarii la Institutul Politehnic din Bucureşti şi s-a înscris la un curs de „Aikido".

După 18 şedinţe de psihoterapie, dispoziţia clientului s-a ameliorat simţitor, acesta renunţând total la medicaţia antidepresivă (de altfel minimală). De asemenea, performanţele sexuale s-au normalizat.

V. Metodele şi tehnicile psihoterapiei cognitiv-comportamentale

Aşa cum am subliniat, terapia cognitivă postulează faptul că stările afective negative precum anxietatea, depresia sau mânia, sunt generate, menţinute şi chiar exacerbate de modul distorsionat de gândire al majorităţii oamenilor.

Terapeutul va trebui să-l ajute pe client să-şi recunoască acest mod de gândire şi să-l modifice, dezvoltând la acesta din urmă nu un stil de gândire pozitivă, utopică, ci unul realist.

La baza acestui demers se află modelul tulburărilor psihopatologice elaborat de Beck, modelul care evidenţiază rolul cogniţiilor în apariţia şi menţinerea stărilor afective negative (Beck, 1970, Emery şi Greennberg, 1985, Beck et al, 1979.)

Distorsionările cognitive accentuează vulnerabilitatea persoanei la evenimente negative de viaţă, favorizând interpretările exagerate şi catastrofizante ale acestora.

În cadrul modelului său cognitiv, Beck distinge mai multe nivele la care funcţionează cogniţiile cu caracter negativ.

Astfel, la nivelul de bază se află gândurile negative, automate care se declanşează spontan, au un caracter credibil şi sunt direct legate de stările afective negative şi de comportamentele disfuncţionale. Acestea pot să fie adevărate, dar cel mai adesea sunt false şi îmbracă forma: „el nu mă place".

La baza acestora se află convingerile negative şi schemele cognitive de bază care reprezintă un fel de reguli de viaţă formate încă din copilărie şi întărite de-a lungul vieţii în urma interacţiunii cu persoanele semnificative din anturajul subiectului.

Acestea au un caracter generalizat, rigid, absolutist, fiind dificil de modificat şi îmbracă forma următoare: „trebuie să fac totdeauna totul perfect – pentru a obţine aprobarea celorlalţi".

Persoanele care nutresc o astfel de convingere vor fi mai vulnerabile la depresie şi anxietate pentru că, în mod inevitabil, nu vor reuşi să-şi desfăşoare existenţa la standardele dorite. Informaţiile primite din mediul înconjurător vor activa gândurile negative automate („el nu mă simpatizează") şi vor fi evaluate în conformitate cu grilele stabilite pe baza convingerilor negative („dacă nu obţin aprobarea tuturor înseamnă că sunt o persoană lipsită de valoare").

Convingerile disfuncţionale sunt la rândul lor bazate pe schemele cognitive de bază („sunt o persoană care nu merită să fie iubită“, „sunt lipsit de valoare“ etc).

Schemele cognitive de bază vor contribui la declanşarea unor mecanisme de atenţie şi memorie selectivă care îi determină pe indivizi să detecteze şi să interpreteze cu precădere informaţii care vin în sprijinul schemelor lor cognitive şi care nu fac decât să le întărească.

Astfel, individul depresiv îşi va concentra atenţia asupra evenimentelor cu conţinut negativ, ignorându-le pe celelalte.

Deşi se bazează pe modelul cognitivist al lui Beck şi al colaboratorilor săi, Leahy (2003) integrează şi elemente ale terapiei raţional-emotive elaborate de Ellis (1990) care accentuează rolul rezistenţei scăzute la frustraţie şi a imperativelor categorice („trebuie neapărat, cu orice preţ, să obţin aprobarea tuturor“) care contribuie la escaladarea stilului negativ de gândire.

Autorul utilizează şi tehnici experienţiale de expunere a emoţiilor care, la rândul lor, pot reprezenta surse utile de informaţii cu privire la dorinţele şi tendinţele neîmplinite ale clienţilor (Greinberg şi Safron, 1987).

Demersul terapeutic cuprinde următorii paşi:

1. *Explicarea modului în care gândurile generează stări afective*

Mulţi clienţi sunt surprinşi de faptul că stările lor emoţionale sunt rezultatul modului în care interpretează un eveniment, cât şi de faptul că modificarea acestei interpretări schimbă şi starea afectivă.

Terapeutul va explica pacientului care este diferenţa dintre gânduri şi stări afective, precum şi maniera în care gândurile le crează, le menţin, sau le accentuează.

De pildă, un client care a fost recent părăsit de prietenă, poate să gândească: „sunt o persoană care nu merită să fie iubită“.

Astfel de gânduri generează stări afective cum ar fi depresie, lipsă de speranţă etc.

În cazul în care acelaşi subiect îşi va spune în gând: „îmi este mult mai bine fără ea“, acesta se va simţi mai puţin trist şi lipsit de speranţă.

Terapeutul va utiliza câteva exemple care să ilustreze legătura dintre gând şi starea afectivă (Leahy, 2003, p. 9).

Gânduri „Eu gândesc că...“	*Stări emoţionale* „Eu simt...“
Niciodată nu voi mai fi fericit	Lipsit de speranţă
Viaţa nu merită trăită	Sentimente suicidare
El m-a părăsit pentru că nu sunt atrăgătoare	Lipsit de speranţă

Voi înnebuni	Speriat, panicat
El doreşte să profite de pe urma mea	Iritat, defensiv, cu sentimente de răzbunare
Nimănui nu-i pasă de mine	Respins, deprimat
Nu voi fi în stare să îmi port de grijă	Anxios, neajutorat, dependent
Mi-am rezolvat problemele şi în trecut, deci voi fi capabil să mi le rezolv şi de aici înainte	Plin de speranţă şi energie
Nu trebuie să fiu perfect	Eliberat, detensionat
Trebuie să-mi acord şansa de a încerca	Mulţumit, mândru

Prezentăm în cele ce urmează un fragment din cadrul dialogului terapeutic:

Terapeutul: Ce anume te tulbură?

Maria: Mă simt tristă.

T: Poţi să-mi spui de ce te simţi tristă?

M: Mă simt îngrozitor, parcă simt un gol interior. În ultimul timp plâng mult.

T: Ajută-mă să înţeleg ce îţi spui în gând atunci când te simţi tristă. Completează propoziţia: „mă simt tristă pentru că îmi spun în gând..."

M: Sunt nefericită.

T: Nefericirea reprezintă un sentiment, o stare emoţională. Caută să observi ce anume îţi spui în gând atunci când te simţi nefericită. Îţi spui ceva legat de persoana ta, de viitor sau de o experienţă anume.

M: Cred că îmi spun că niciodată nu voi putea fi fericită.

Terapeutul va trebui să detecteze predicţia clientei care se referă la lipsa de speranţă: „eu nu voi putea fi niciodată fericită" şi care va fi analizată prin intermediul strategiilor terapiei cognitive (de pildă prin intermediul unor dovezi care să vină în sprijinul acesteia sau să o infirme).

Pacientei i se trasează ca temă pentru acasă să noteze într-un jurnal timp de o săptămână stările afective negative în coloana stângă şi gândurile care-i trec prin minte atunci când trăieşte starea respectivă în coloana dreaptă, ca în exemplul următor:

Stări afective *Gânduri*
Mă simt speriată Mă tem că nu voi promova examenul de licență

Unii clienți au tendința de a confunda gândurile cu stările afective. În acest caz, terapeutul îi va ajuta să sesizeze această diferență prin intermediul unor exemple concrete.

Un client poate afirma că se simte nervos pentru că este anxios, situație în care acesta din urmă se referă la două stări afective.

Gândul care ar putea fi identificat în acest caz ar fi: „nu voi putea să mă eliberez niciodată de teama aceasta".

2. *Ajutarea clientului să sesizeze distincția dintre gânduri și faptele rele*

Adesea persoanele care se simt deprimate sau speriate, consideră gândurile care le trec prin minte ca pe un fel de fapte reale. Un client cu trac la examene își va spune în gând: „sunt sigur de faptul că voi cădea la examen", situație care poate fi tot atât de bine adevărată, cât și falsă.

Terapeutul îi va explica pacientului, faptul că dacă el nutrește un anumit gând nu înseamnă că acesta este și real („dacă eu cred că sunt un crocodil, nu înseamnă că și devin un crocodil.")

Gândurile care ne trec prin minte pot fi: ipoteze, descrieri, supoziții care pot fi adevărate sau false.

Pentru a realiza mai ușor distincția dintre gânduri, sentimente și fapte reale, este indicată utilizarea modelului ABC al lui Albert Ellis (1994) în care A reprezintă evenimentul activator extern, B – convigerile referitoare la acestea și C – consecințele care pot fi reprezentate de stări afective și comportamente.

Clientului i se vor prezenta exemple de situații sau evenimente activatoare, gânduri sau convingeri în legătură cu acestea și consecințe posibile (după Leahy, 2003, p. 12).

A. Eveniment activator	B. Gânduri, convingeri	C. Consecințe:	
		Stări afective	Comportamente
Inima mea bate mult mai rapid.	Voi face un atac de cord. Am băut prea multă cafea.	Anxietate. Panică Sentimente de părere de rău că a exagerat.	Clientul cheamă salvarea. Clientul reduce doza de cafea.
La micul dejun soțul citește ziarul.	Lui nu îi pasă de mine. El mă evită pentru că este supărat pe mine.	Iritată, plină de resentimente. Tristă, cu sentimente de culpabilitate.	Se ceartă cu el; îi spune că este egoist. Evită că comunice cu partenerul.

Prezentăm, mai jos, un fragmentul din cadrul dialogului terapeutic.

Terapeutul: Poţi să-mi spui ce anume îţi trece prin minte atunci când te simţi atât de speriat?

Marian: Mă gândeam că voi fi concediat.

T: De unde ştii că vei fi concediat?

M: Sunt sigur. Simt că se va întâmpla acest lucru.

T: Tu spui că vei fi concediat dar nu crezi că este posibil ca acest lucru să nu se întâmple?

M: Simt eu că aşa va fi. Ştiu că se va întâmpla aceasta.

T: Deşi poate fi adevărat că vei fi concediat, este posibil ca acest lucru să nu se întâmple. Este o diferenţă între convingerile noastre şi datele reale. Faptul că noi credem că un lucru este adevărat, nu înseamnă că acest lucru chiar este adevărat.

Încearcă acum să aduni dovezi în favoarea faptului că vei fi concediat, precum şi dovezi împotriva acestui fapt.

Clientul va primi ca temă pentru acasă această sarcină de a nota în jurnal anumite evenimente activatoare, gândurile şi convingerile referitoare la acestea, precum şi consecinţele în plan emoţional şi comportamental.

Trebuie să avem în vedere şi cazul în care multe gânduri negative nutrite de client sunt adevărate.

Terapeutul nu va trebui să lase clientului său impresia că se îndoieşte de ceea ce crede acesta din urmă. În această situaţie, instructajul administrat va îmbrăca următoarea formă: „uneori gândurile şi convingerile tale vor descrie faptele în mod corect, alteori nu. Nu ar fi mai bine că în acest caz să-ţi faci o regulă de bază în a verifica gradul de veridicitate al gândurilor tale negative, trecând în revistă faptele relevante?

3. *Evaluarea intensităţii stărilor emoţionale şi gradului de veridicitate a gândurilor negative*

Pentru demersul terapeutic este important de cunoscut intensitatea trăirilor afective, precum şi cât de mult crede clientul în adevărul gândurilor şi convingerilor sale negative.

Terapeutul îl va învăţa pe client să diferenţieze intensitatea emoţiilor, precum şi gradele diferite în care crede în gândurile şi convingerile negative. Acest lucru este important atât pentru evaluările iniţiale şi finale ale progreselor terapiei, cât şi pentru evaluările intermediare, cunoscut fiind faptul că schimbările terapeutice au loc în paşi mici.

Clientului i se va cere să evalueze pe o scală gradată de la 0 la 100 sau de la 0 la 10 intensitatea stărilor emoţionale şi credinţa în veridicitatea gândurilor negative.

Absent	*Uşor*	*Moderat*	*Puternic*	*Foarte puternic*
0	20	50	70	100%
(Emoţie absentă. Nu crede de loc în faptul că un gând sau o convingere negativă este adevărată.)				(Emoţie deosebit de intensă. Este convins în proporţie de 100% de adevărul gândului sau convingerii negative.)

Prezentare de caz

Terapeutul: Tu afirmi că te simţi foarte tristă de când te-ai despărţit de George. Poţi să-mi descrii ce simţi?

Liliana: Mă simt extrem de deprimată. Plâng adesea când mă gândesc la cele întâmplate.

T: Dacă ar trebui să-ţi evaluezi tristeţea pe o scală de la 0 la 100, unde 0 înseamnă că nu simţi nici un fel de tristeţe iar 100 înseamnă tristeţea cea mai profundă pe care ţi-o poţi imagina, cum ţi-ai evalua starea actuală?

Liliana: Nu m-am gândit până acum să-mi măsor sentimentele. Cred că ar fi cam 90%.

Aceeaşi clientă poate nutri convingerea cu caracter absolutist: „nu voi mai putea fi fericită niciodată fără George".

T: Afirmi că te simţi foarte tristă de când te-a părăsit George. Ai putea completa propoziţia următoare cu primul gând care îţi vine în minte: „mă simt foarte tristă de când m-a părăsit George pentru că eu cred că...".

L: Nu voi mai fi niciodată fericită fără el.

T: Gândul automat este: „nu voi mai fi niciodată fericită fără el". Notează în caiet acest gând. Evaluează pe scala gradată de la 0 la 100 cât de mult crezi că respectivul gând este adevărat.

L: Cred că în proporţie de 90%.

Terapeutul va trasa drept sarcină pentru acasă ca pacientul să evalueze timp de o săptămână fluctuaţiile intensităţii stărilor emoţionale, precum şi pe cele ale credinţei în veridicitatea gândurilor negative.

4. *Identificarea unor variaţii în cadrul unei convingeri specifice*

Pentru ca pacientul să poată căpăta o anumită distanţă critică faţă de convingerile sale negative, terapeutul îl va ajuta să sesizeze faptul că, până şi în situaţia prezentă, convingerea respectivă se poate modifica sub aspectul credibilităţii sau forţei sale. Acest lucru este deosebit de important pentru că subiecţii cu tulburări emoţionale sunt deosebit de rigizi în gândire, fiind convinşi de faptul că ideile şi credinţele lor nu se vor modifica niciodată. Întrebările adresate clientului sunt de tipul următor:

„Există anumite perioade în care crezi mai puţin că acest gând sau convingere este adevărată?"

„Ce se întâmplă atunci când crezi mai puţin în faptul că gândul tău negativ este adevărat?"

„În cazul în care gândul tău ar fi pe deplin adevărat, acum poţi uneori să crezi mai puţin în el?"

Dialogul terapeutic se va desfăşura astfel:

Terapeutul: Mi-ai spus că nutreşti gândul că nu vei mai putea fi niciodată fericită fără George şi că eşti convinsă de acest lucru în proporţie de 90%.

Liliana: Chiar aşa cred şi de asta mă simt atât de tristă.

T: Îmi imaginez că de-a lungul unei zile dispoziţia ta se mai schimbă astfel că uneori te simţi mai nefericită decât alteori, nu-i aşa?

L: Da, nu plâng mereu şi nici nu mă gândesc tot timpul la George.

T: La ce te gândeşti atunci când nu te gândeşti la George?

L: Mă gândesc să mă înscriu la un masterat, să-mi petrec vacanţa la mare împreună cu prietenii.

T: Se pare că atunci când nu te gândeşti la George forţa convingerii tale este de 0 şi în acele momente nu te simţi nefericită, deşi George nu este împreună cu tine.

L: Da, este un alt punct de vedere, dar se pare că aveţi dreptate.

T: Există momente în timpul zilei în care totuşi te gândeşti la George, dar nu te simţi nefericită în proporţie de 90%.

L: Da, uneori îmi spun că poate îmi va fi mai bine fără el, pentru că în ultimul timp ne certam tot timpul.

T: Dacă ar fi să fiu prezent în acele momente şi să te întreb cât de mult crezi atunci în adevărul gândului „nu voi mai fi niciodată fericită fără George" ce mi-ai răspunde?

L: În acele momente cred în proporţie de 10% în faptul că acel gând este adevărat.

T: Iată deci că această convingere a ta se modifică în curs de câteva ore; ce părere ai despre asta?

L: Cred că gândurile şi convingerile mele legate de despărţire se pot schimba.

T: Oamenii care suferă experienţa despărţirii trăiesc sentimente negative foarte puternice. Sunt convins de faptul că ai prieteni care au trecut prin situaţii asemănătoare.

L: Da, prietena mea Dana a divorţat acum doi ani.

T: Probabil că în momentul divorţului ea nutrea aceeaşi convingere ca şi tine. Oare între timp ea nu şi-a mai schimbat convingerea?

L: Ba da! Acum ea este fericită împreună cu noul ei soţ şi nici măcar nu-şi imaginează cum a putut să-şi piardă atâţia ani cu Doru.

5. *Identificarea distorsionărilor cognitive*

Gândurile şi convingerile negative au la bază anumite erori de logică, denumite de specialiştii în terapie cognitivă – distorsionări cognitive.

Prezentăm, în cele ce urmează, câteva dintre principalele distorsionări cognitive descrise de Beck (1970), Burns (1989) şi Aronson (1996).

- *Gândirea dihotomică*: subiectul gândeşte în termeni extremi – „alb-negru", „totul sau nimic". De exemplu, un student care a căzut la un examen consideră că a ratat întreaga sesiune.

- *Suprageneralizarea*: un eveniment negativ singular conduce la un model generalizat şi repetitiv de gândire negativă („am numai ghinioane").

- *Etichetarea*: pornind de la o greşeală oarecare subiectul îşi adresează lui însuşi sau celorlalţi etichete negative – „sunt un prost", „sunt un ratat", „el este un ticălos" etc.

- *Imperativele categorice*: persoana interpretează evenimentele în termeni absolutişti, lipsiţi de realism, care exprimă dorinţele sale şi nu realitatea obiectivă – „el trebuie neapărat să mă iubească şi să se comporte aşa cum doresc eu".

- *Personalizarea*: subiectul îşi atribuie o vină disproporţionată pentru producerea unor evenimente negative, ignorând contribuţia altor factori la producerea evenimentului („este numai vina mea pentru că fiicele mele au eşuat în viaţă").

- *Citirea gândurilor*: individul consideră că ştie ce gândeşte o altă persoană fără a avea suficiente date în sprijinul convingerii sale („ea crede despre mine că sunt un ratat").

- *Ghicirea viitorului*: subiectul prevede un final negativ pentru un eveniment fără a avea suficiente dovezi pentru aceasta („sigur voi cădea la examen").

- *Catastrofizarea* (Ellis, 1979): un eveniment negativ care s-a petrecut sau se va petrece în viitor este considerat nu doar neplăcut, ci teribil, îngrozitor, de nesuportat („va fi îngrozitor dacă voi cădea la examen").

- *Ignorarea pozitivului*: individul desconsideră toate succesele personale sau ale celorlalţi, considerând că acestea nu sunt importante („oricine ar fi putut face acest lucru").

- *Filtrarea negativă*: este o distorsionare cognitivă asemănătoare cu cea precedentă şi presupune focalizarea atenţiei exclusiv pe evenimente cu conţinut negativ (un scriitor care a primit nouă recenzii pozitive se va concentra doar asupra celei de a zecea în care este criticat).

- *Judecata afectivă*: subiectul interpretează datele realităţii prin prisma trăirilor sale emoţionale („dacă mie mi-e frică să zbor cu avionul înseamnă că este foarte periculos să zbori cu avionul").

- *Blamarea*: subiectul îi consideră pe ceilalţi vinovaţi în exclusivitate de problemele şi eşecurile sale („numai din cauza părinţilor mei am ajuns aşa").

- *Realizarea unor comparaţii inechitabile*: persoana interpretează evenimentele

conform unor standarde nerealiste care iau în calcul numai persoane care au performanţe superioare lui: („are rezultate mai bune la olimpiadă decât mine").

- *Orientarea plină de regrete către trecut*: subiectul îşi concentrează atenţia asupra acelor lucruri pe care ar fi trebuit să le facă mai bine în trecut, în loc să se centreze asupra prezentului şi viitorului („nu ar fi trebuit să fi spus aceasta").

- *Orientarea „ce ar fi dacă?"*: subiectul îşi adresează sau adresează celorlalţi tot felul de întrebări în legătură cu evenimentele negative care s-ar putea întâmpla şi nu este niciodată satisfăcut de răspunsuri („ce va fi dacă voi leşina sau îmi voi pierde autocontrolul").

- *Orientarea centrată exclusiv pe evaluare*: persoana îi judecă permanent pe ceilalţi şi pe sine însuşi în termeni extremi („bun-rău", „valoros-lipsit de valoare", „eu nu învăţ destul de bine la facultate", „nu sunt un sportiv suficient de valoros").

- *Respingerea contraargumentelor*: individul respinge toate argumentele care contrazic gândurile şi convingerile sale negative (un tânăr care consideră că nu merită să fie iubit, va tinde să respingă orice dovadă legată de faptul că cineva ţine la el sau îl apreciază).

Terapeutul îl va ghida pe client să sesizeze distorsionările cognitive care apar în gândirea sa. Deosebit de util este ca acestuia să i se prezinte liste cu principalele distorsionări cognitive, liste care să conţină şi exemplificări.

În continuare, distorsionările cognitive vor fi identificate cu ajutorul terapeutului pornind de la relatările verbale ale clientului.

Gând negativ	*Distorsionare cognitivă*
El crede că nu sunt atrăgătoare	Citirea gândurilor
Nimic din ceea ce fac nu este bine	Gândire de tip dihotomic („totul sau nimic")
Sunt un ratat	Etichetare

Leahy (2003) subliniază faptul că unii pacienţi consideră că dacă în modul lor de gândire sunt identificate distorsionări cognitive aceasta înseamnă că sunt „proşti" sau „nebuni".

Terapeutul va trebui să le explice faptul că majoritatea oamenilor, indiferent cât de inteligenţi ar fi, comit astfel de erori în viaţa cotidiană. Mai mult, acesta va preciza faptul că unele gânduri negative pot fi adevărate, importantă fiind identificare dovezilor care vin în sprijinul lor.

Identificarea modelului de distorsionări cognitive realizate mai frecvent de subiect este necesară pentru declanşarea celor mai bune strategii cognitive de contracarare a acestora.

6. *Tehnica săgeţii verticale* (Burns, 1989)

Aşa cum am mai subliniat, uneori gândurile negative automate se dovedesc adevărate. Astfel, de pildă un client timid poate prevedea faptul că va fi respins la o

petrecere. Este posibil să avem de-a face cu distorsionarea „ghicirea viitorului“, dar profeţia poate fi adevărată. În acest caz este utilă explorarea convingerilor negative care stau la baza gândurilor negative automate. Evidenţierea acestora va reduce forţa gândurilor negative cu caracter situaţional.

Întrebările adresate clientului vor îmbrăca forma următoare: „ce s-ar întâmpla dacă acel lucru va fi adevărat“? sau „ce ar însemna asta pentru tine dacă acel lucru ar fi adevărat“?

Eveniment: Clientul care suferă de timiditate merge la o discotecă.
Stare emoţională: Mi-e teamă să mă apropii de fata care îmi place.
Gând negativ: Dacă încerc să îi vorbesc, ea mă va respinge.

Întrebări	*Consecinţe*
Ce crezi că se va întâmpla dacă te va resping? ↓	Înseamnă că sunt un ratat.
Şi dacă te simţi ratat ce înseamnă asta pentru tine? ↓	Că nu îmi voi mai găsi niciodată o prietenă.
Şi dacă nu îţi vei mai găsi o prietenă ce înseamnă asta pentru tine? ↓	Că voi rămâne pentru totdeauna singur.
Şi dacă vei rămâne singur ce anume te supără? ↓	Că nu voi putea fi fericit în singurătate şi că mă voi simţi totdeauna îngrozitor.
Care este convingerea care rezultă de aici?	Am nevoie de alţi oameni pentru a putea fi fericit.

7. *Evaluarea secvenţială a probabilităţii subiective de producere a unui anumit eveniment*

Întrebările adresate de terapeut clientului vor fi de tipul următor: „care este probabilitatea ca evenimentul X să se producă? “, „care ar fi probabilitatea de producere a unui eveniment pe o scală de la 0 la 100%?“.

Prezentăm, în cele ce urmează, un fragment din cadrul dialogului terapeutic:

Terapeutul: Probabilitatea de producere a unui anumit eveniment variază de la 0 (nu are loc) până la 100% (are loc sigur). De pildă probabilitatea să cadă stema atunci când arunc o monedă este de 50%. Să analizăm acum gândul „nu sunt pregătită pentru examenul de licenţă“. Care este probabilitatea ca acest gând să fie adevărat?

Diana: Aproximativ 90%.

T: Următorul tău gând este că vei cădea la examen. Care este probabilitatea să cazi la examen ținând seama de faptul că nu te simți pregătită?

D: Aproximativ 30% pentru că deja știu unele subiecte.

T: Dar dacă vei cădea la examen, care este probabilitatea că nu vei termina facultatea?

D: 1% pentru că am luat deja multe examene.

T: Așadar lucru de care te temi cel mai mult are puține șanse să se producă, nu-i așa?

8. *Ghicirea gândurilor*

Pentru unii pacienți este relativ dificil să-și identifice gândurile negative, deoarece stările emoționale generate de acestea sunt deosebit de intense.

Beck (1995) recomandă în acest caz ca terapeutul să-i prezinte clientului anumite tipuri de gânduri negative și apoi să-l întrebe care dintre acestea seamănă cu ce-i trece prin minte. Terapeutul trebuie să fie atent și să nu sugereze gânduri care nu au legătură cu problema clientului.

Întrebările adresate sunt de tipul următor:

Îți este greu să-ți dai seama ce anume îți trece prin minte atunci când te simți astfel? Nu cumva îți spui în gând ceva de genul următor? (Terapeutul prezintă câteva modele de gânduri negative.)

Studiu de caz

Liliana, o studentă în vârstă de 21 de ani, se simte copleșită de tristețe și lipsă de speranță după despărțirea de prietenul ei. Ea îi spune terapeutului că se simte atât de îngrozitor încât îi este imposibil să se gândească la ceva, de parcă mintea ei s-a întunecat.

Terapeutul: Spui că te simți îngrozitor de când te-ai despărțit de Cristian. Ai putea să-mi spui ce anume îți trece prin minte?

L: Mă simt groaznic. Nu mai pot să dorm.

T: Ceea ce îmi descrii sunt stări afective, simptome. Nu ai putea completa fraza: „mă simt îngrozitor de când m-am despărțit de Cristian pentru că îmi trece prin minte că...".

L: Nu-mi trece nimic prin mine. Simt că o să mor.

T: Încearcă să identifici unele gânduri care merg mână în mână cu lipsa de speranță.

L: Nu pot, trăirea mea este prea puternică.

T: Mă întreb dacă nu am putea ghici care sunt gândurile tale negative. Eu nu știu care sunt acestea, dar îți voi spune câteva, iar tu să-mi spui dacă vreunul dintre aceste gânduri „îți spune ceva".

L: Bine.

T: Poate că îţi spui în gând: „nu voi mai fi niciodată fericită?".

L: Da, chiar la asta mă gândesc.

T: Înseamnă că îţi spui în gând: „nu voi mai putea fi niciodată fericită fără Cristian?".

L: Corect, chiar asta cred.

Unii pacienţi insistă în afirmaţia că nu le trec prin minte nici un fel de gânduri şi că trăiesc doar stări afective.

În astfel de situaţii, terapeutul îi va cere clientului să se relaxeze şi să-şi inducă imaginativ stările afective negative cele mai puternice prin reprezentarea situaţiei care pare să le genereze (Liliana stă singură acasă în week-end şi se gândeşte la Cristian).

Întrebările adresate vor fi de tipul următor: în timp ce te simţi atât de tristă, poţi să-ţi imaginezi şi ce anume îţi vine în minte?

Testarea validităţii şi combaterea gândurilor negative automate

După ce clientul împreună cu terapeutul au identificat gândurile negative automate şi au stabilit legătura dintre acestea şi stările afective disfuncţionale urmează verificarea gradului de veridicitate a acestor gânduri.

Terapeutul va trebui să ia în consideraţie şi situaţia în care unele dintre acestea pot fi adevărate, situaţie în care pacientul va fi sprijinit să-i facă faţă.

1. *Definirea termenilor (tehnica semantică)*

Se utilizează mai ales în cazul clienţilor care au tendinţa de a utiliza etichetări de tipul: „sunt un prost", „sunt un ratat".

În astfel de situaţii, terapeutul îl va ghida pe client să definească termenii cu care operează.

Terapeutul va prezenta clientului următorul instructaj (după Leahy, 2003, p. 38):

„imaginează-ţi că eşti un om de ştiinţă şi cineva afirmă că Mihai este un ratat iar tu doreşti să te convingi dacă această afirmaţie îl caracterizează cu adevărat pe Mihai. Primul lucru pe care trebuie să îl facem este să definim concepul de ratare care ar putea să însemne:

- să nu înregistrezi succese;
- să fii inferior celorlalţi, în toate domeniile;
- să nu primeşti nici un fel de recompense.

În cazul în care eşti o persoană înclinată spre autocritică şi spre depresie vei avea tendinţa de a de defini ratarea într-o manieră cu care nimeni altcineva nu va fi de acord şi care ţi se potriveşte numai ţie:

- nu obţin performanţe atât de bune pe cât mi-aş dori;
- obţin rezultate slabe la o singură probă;
- dau mai puţin de 100% din potenţialul meu;
- nu sunt la fel de bun decât ceilalţi.

Prezentare de caz

Terapeutul: Simţi că eşti un ratat de când te-a părăsit Mirela. Spune-mi cum defineşti ratarea?

Costin: Căsătoria mea nu mai funcţionează.

T: Să înţeleg că mariajul tău nu mai funcţionează pentru că tu eşti un ratat?

C: Dacă aş fi fost o persoană în regulă, ea ar fi stat cu mine.

T: Asta înseamnă că acele persoane ale căror căsătorii nu funcţionează sunt nişte ratate?

C: Nu cred că putem merge atât de departe cu afirmaţiile.

T: De ce nu? Din discuţia noastră rezultă că avem o definiţie de ratat care se potriveşte celorlalţi şi alta pentru tine?

T: Dacă eşti atent, constaţi că definiţia pe care o dai tu noţiunii de ratat, diferă de cea a altor oameni. Cred că puţini dintre aceştia ar considera un ratat un individ care a divorţat. Cum crezi că ar defini oamenii succesul în relaţia cu o persoană apropiată?

C: Ei ar putea spune că succesul înseamnă faptul că oamenii îşi îndeplinesc obiectivele.

T: Cu alte cuvinte, putem spune că dacă cineva îşi îndeplineşte obiectivele, are succes?

C: Da.

T: Eşti de acord că unii oameni obţin mai mult succes decât alţii, sau îşi îndeplinesc într-o mai mare măsură obiectivele decât alţii?

C: Cred că da.

T: Dacă am aplica cele discutate la situaţia ta, putem spune că ţi-ai îndeplinit unele obiective de viaţă?

C: Da. Am terminat facultatea, lucrez de un an şi m-am înscris la masterat.

T: Deci ai avut unele succese?

C: Da, am avut şi succese.

T: Apare o contradicţie în cele ce ai afirmat: te consideri un ratat, dar ai avut unele succese.

2. *Analiza beneficiilor şi costurilor*

Odată ce clientul a identificat gândul care conduce la stări afective negative, întrebarea care se pune este în ce măsură acesta este motivat să renunţe la gândul respectiv.

Terapeutul îl va dirija pe client să examineze avantajele şi dezavantajele menţinerii unui gând negativ sau a unei convingeri disfuncţionale.

Terapeutul va adresa clientului întrebări de tipul următor: care sunt avantajele şi dezavantajele menţinerii gândului sau convingerii respective?

Terapeutul îi cere clientului să examineze împreună gândul negativ: „dacă merg la discotecă voi fi respins de toată lumea“.

Gândul respectiv va fi notat pe o foaie de hârtie, în partea stângă fiind notate avantajele menţinerii acestuia iar în dreapta, dezavantajele.

Avantaje

- Nu voi fi surprins dacă se va întâmpla acest lucru.
- Voi evita situaţia de respingere.

Dezavantaje

- Mă voi simţi speriat.
- Voi evita să intru în contact ce ceilalţi.
- Mă voi simţi inferior celorlalţi.
- Voi pierde ocazia să întâlnesc persoane noi.
- Stima mea de sine va avea de suferit.
- Nu voi putea intra în contact cu fata care mă interesează.

Analiza costurilor şi beneficiilor se poate aplica şi în cazul gândului sau convingerii alternative elaborate ca variantă pentru cea negativă.

Să examinăm gândul realist alternativ: „îmi va păsa mai puţin de ceea ce cred ceilalţi despre mine."

Avantajele menţinerii gândului respectiv

- Voi fi mai puţin stresat în locuri publice.
- Voi cunoaşte persoane noi.
- Voi fi mai sigur pe mine.
- Voi fi mai puţin deprimat.
- Voi fi mai relaxat în relaţiile cu persoane noi.
- Mă voi comporta mai degajat la serviciu.

Dezavantaje

- Este posibil să întâlnesc o persoană care să nu mă placă pentru că voi intra în contact cu multă lume.

Ce se întâmplă în cazul în care clientul consideră că avantajele menţinerii gândului sau convingerii disfuncţionale depăşesc dezavantajele?

Să analizăm convingerea lui Sebastian: „trebuie totdeauna să răspund solicitărilor şefului meu, indiferent cât de iraţionale sunt acestea."

Sebastian susţine că avantajele menţinerii acestei convingeri sunt următoarele: va lucra mult mai eficient, va produce lucrări de calitate, va fi promovat, va obţine o mărire de salariu, în timp ce dezavantajele implică stres, anxietate accentuată şi epuizare psihică.

Clientul acordă avantajelor un punctaj de 65% şi dezavantajelor unul de 35%.

În acest caz dialogul terapeutic va îmbrăca următoarea formă:

T: Ei bine, tu poţi nutri orice convingere îţi doreşti, dar trebuie să îţi asumi şi costurile acesteia.

Sebastian: Nu înţeleg ce vreţi să spuneţi.

T: Eu spun că tu eşti de acord să plăteşti preţul pentru anxietate, stres, epuizare psihică, pentru unele simptome somatice, cât şi pentru faptul că starea ta emoţională trebuie să depindă de toanele şefului.

S: Nu doresc să fiu stresat, speriat şi să nu dorm noaptea, doar de asta mă aflu aici în cabinet.

T: Sunt de acord că nu îţi convin costurile convingerii pe care o nutreşti, dar dacă asta este convingerea de care crezi că ai nevoie, nu ai cum să eviţi dezavantajele menţinerii ei.

Leahy (2003) afirmă că una dintre problemele frecvent întâlnite este aceea că pacienţii neagă faptul că ar putea avea beneficii de pe urma gândurilor şi convingerilor negative. Aceştia afirmă că nu au nici un fel de avantaj de pe urma gândurilor iraţionale şi că nu îşi dau seama de ce procedează într-un anumit fel.

Terapeutul nu trebuie să insiste asupra beneficiilor ascunse, dificil de sesizat.

Astfel, de pildă, gândul iraţional „nu pot funcţiona normal dacă nu aprind o ţigară", gând ce stă la baza comportamentul adictiv nu are aparent nici un fel de avantaj pentru subiect. Cu toate acestea, comportamentul adictiv (fumat, consum abuziv de alcool sau droguri) poate avea unele avantaje pe termen scurt (detensionare, reducerea stresului).

Beneficiile ascunse care stau la baza acestor comportamente pot fi legate de evitarea frustrării, disconfortului, anxietăţii sau depresiei.

Astfel de clienţi trebuie dirijaţi să analizeze beneficiile şi costurile gândurilor iraţionale şi ale comportamentelor disfuncţionale pe termen scurt şi pe termen lung.

3. *Verificarea dovezilor*

Odată ce gândurile negative iraţionale şi convingerile disfuncţionale au fost identificate, clientul va fi ajutat să adune dovezi în favoarea sau împotriva veridicităţii lor.

Pentru exemplificare vom examina gândul negativ automat: „sunt o ratată"

Argumente pro	*Argumente contra*
Am căzut la ultimul examen Nu am reuşit să-mi găsesc un serviciu „part-time" Prietena mea a câştigat concursul de dans	Am mulţi prieteni care mă apreciază Am note mai bune decât majoritatea colegilor mei de facultate Am fost olimpică la matematică în timpul liceului Am avut grijă de fraţii mei mai mici
30% Argumente pro	70% argumente contra

Gândurile şi convingerile care vor fi supuse testării trebuie să se refere la fapte concrete şi nu la trăiri emoţionale sau la întrebări cu caracter retoric: „nu-i aşa că această situaţie este îngrozitoare?".

De asemenea, enunţurile de tipul „dacă-atunci" trebuie transformate în afirmaţii clare pentru a putea fi aduse dovezi în favoarea sau împotriva lor.

Astfel, întrebarea „ce se va întâmpla dacă voi face un atac de panică?" ar trebui reformulată astfel: „va fi îngrozitor dacă voi face un atac de panică".

4. *Analizarea calităţii dovezilor* (Leahy, 2003, p. 46)

Terapeutul îi va adresa clientului următorul instructaj: „ai adus până acum argumente pro şi contra gândurilor şi convingerilor tale negative şi ai ajuns la concluzia că ţi-ar fi mai bine în absenţa acestora, dar în acelaşi timp ai identificat şi unele motive care te determină să continui să gândeşti astfel.

Ia să vedem dacă ai fi în stare să-i convingi şi pe alţii de faptul că acel gând sau convingere negativă pe care o nutreşti este adevărată.

„Sunt o ratată".

Argumentele pe care le-ai adus în favoarea faptului că această convingere este adevărată sunt următoarele:

- „mă simt o ratată";
- „prietena mea crede că este mai inteligentă decât mine";
- „am căzut la examenul de licenţă";
- „nu am fost selecţionată pentru un post pentru care am depus un C.V.".

Imaginează-ţi că prezinţi aceste argumente în faţa unei comisii căreia i te adresezi astfel: „faptul că eu mă simt ca o ratată dovedeşte că sunt o ratată" sau: „sunt o ratată pentru că prietena mea se crede mai inteligentă decât mine" etc.

Crezi oare că respectiva comisie va accepta argumentele pe care le aduci?

Clientului i se cere apoi să noteze în jurnalul său punctele slabe ale argumentelor pe care le-a adus în favoarea gândului negativ automat.

Gând negativ: „Sunt o ratată".

Argumente pro	*Puncte slabe ale argumentării*
Mă simt o ratată.	Stările mele afective nu dovedesc nimic.
Prietena mea crede că este mai inteligentă decât mine.	Prietena mea are dreptul să creadă orice, aceasta este părerea ei. Nu am nici un motiv să consider că opinia altei persoane mă determină să devin ceea ce crede aceasta.
Am căzut la examenul de licenţă.	A trece sau a cădea la un examen nu face ca cineva să devină un ratat; mai mult de jumătate dintre colegii mei au căzut şi ei la licenţă. Am luat nota zece la majoritatea examenelor, dar acest lucru nu înseamnă că sunt supradotată.

Nu am fost selecționată pentru postul de asistent manager.	Mulți candidați care au depus C.V.-uri au fost respinși, asta face parte din regula jocului. Oricine poate să nu fie selecționat la un moment dat pentru un post. Chiar și colega mea care a ieșit șefă de promoție nu a fost selecționată.

5. *Jocul de rol: „avocatul apărării"* (Leahy, 2003, p. 49)

Clientului i se cere să joace rolul „avocatului apărării" care va lupta cu argumente împotriva procurorului, rol jucat de gândurile negative automate care îl acuza pe clientul în cauză că este o persoană rea, incompetentă, un „ratat", „un prost".

Întrebarea și îndemnul adresate de terapeut clientului vor îmbrăca forma următoare: „dacă ar trebui să joci rolul propriului tău avocat ce ai spune în apărarea ta? ", „caută să te comporți ca și cum ai fi cel mai bun avocat care îți apără cauza".

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul dialogului terapeutic.

Terapeutul: Petre, tu îți adresezi permenent critici și îți pui etichete cum ar fi: ratat, lipsit de valoare, leneș. Aș dori să-ți imaginezi că ai fost angajat să aperi cauza lui Petre împotriva acestor atacuri. Nu este neapărat nevoie să crezi în nevinovăția clientului tău și nici măcar să-l simpatizezi. Trebuie doar să-ți practici bine meseria. Eu voi juca rolul procurorului și îți voi spune ce persoană rea este Petre.

Petre: Să încercăm.

T: Petre este un ratat care nu a reușit nimic în viață.

P: Nu este adevărat. El a absolvit facultatea cu media 9,80, a reușit să-și găsească un serviciu destul de bine plătit, s-a căsătorit, are un copil reușit, este propus pentru avansare.

T: Cu toate acestea eu simt că Petre este un ratat.

P: Stările afective nu reprezintă probe în instanțe. Faptele dovedesc că Petre nu este un ratat.

T: El nu este un om perfect, deci este un ratat.

P: Dacă acest lucru ar fi adevărat, orice om ar fi un ratat.

Pentru ca jocul de rol să fie cât mai autentic, terapeutul îl va instrui pe client să-și adreseze întrebări de tipul următor (Leahy 2003, p. 50):

– „de ce fapte se face vinovat inculpatul?";
– „există dovezi de necontestat împotriva acestuia?";
– „mai există și alte explicații pentru faptele inculpatului?";
– „a acționat inculpatul astfel cu bună știință?";
– „a procedat inculpatul la fel cum ar fi judecat orice altă persoană obișnuită?";
– „este altcineva vinovat?";

– „este cumva vorba de o responsabilitate împărțită?";
– „ar putea fi aplicate aceleași legi oricărei alte persoane?" etc.

6. *Joc de rol: gândirea realistă – gândirea negativă*

Terapeutul va exprima afirmații specifice gândirii realiste, alternative, în timp ce clientul va fi purtătorul de cuvânt al gândirii negative. Acesta din urmă va trebui să facă eforturi pentru a-l convinge pe terapeut de faptul că afirmațiile sale sunt adevărate.

Dialogul terapeutic se va desfășura astfel:

Terapeutul: Vom realiza acum un joc de rol. Tu vei juca rolul negativ de persoană ratată iar eu voi juca rolul tău de persoană echilibrată.

Cornel: Marina te-a părăsit, ești un ratat.

T: Acesta reprezintă un model de gândire de tipul „totul sau nimic". Crezi că tot ceea ce mi se întâmplă mă definește ca pe un ratat?

C: Nu, dar ai avut un eșec.

T: Vrei să spui că nu am reușit într-un domeniu?

C: Nu, vreau să spun că ești ratat ca persoană.

T: Nu înțeleg ce înseamnă să fii ratat ca persoană. Cum poți să deduci aceasta analizând faptele și comportamentele mele.

C: Am constatat faptul că ți-ai ratat relația de cuplu.

T: Te referi doar la unele dintre comportamentele mele.

C: Da.

T: Care ar fi în mod concret aceste comportamente?

C: Ai fost prea exigent și prea critic cu ea.

T: Deci tu consideri că acest comportament al meu nu a dat rezultate. Ai identificat și unele dintre comportamentele mele neutre sau pozitive?

C: Da, ai făcut și unele lucruri bune: ai discutat cu ea, i-ai oferit daruri, i-ai plătit taxa la facultate.

T: Cu alte cuvinte, unele dintre comportamentele mele au fost negative, altele pozitive. Atunci cum pot fi un ratat dacă am făcut și lucruri bune?

C: Cred că se pot spune și bune și rele despre tine.

T: Înseamnă că sunt la fel ca toți ceilalți oameni.

C: Trebuie să admit că da.

7. *Strategia realizării distincției dintre comportamentele particulare și persoana ca atare*

Strategia îl va ajuta pe client să renunțe mai ușor la tendința de apreciere globală a propriei persoane și a celorlalți, recurgând într-o mai mică măsură la distorsionări cognitive cum ar fi: personalizarea, etichetarea, suprageneralizarea, sau gândirea dihotomică de tipul „totul sau nimic".

Dialogul terapeutic se va desfăşura astfel:

Terapeutul: După ce ai căzut la examenul de licenţă ai început să gândeşti că eşti o ratată. Ar trebui să analizăm diferenţa dintre a avea un eşec într-un domeniu oarecare şi a fi o persoană ratată.

Geta: Dar eu mă simt ca o ratată.

T: Ei bine, aceasta este o judecată afectivă. Tu afirmi faptul că stările tale emoţionale, reprezintă dovezi ale faptului că eşti o persoană ratată, nu-i aşa?

G: Aveţi dreptate, nu sunt prea raţională.

T: Să examinăm noţiunea de „ratată". Există unele lucruri pe care le-ai făcut bine în viaţă?

G: Am luat note bune la examenele din timpul facultăţii, am mulţi amici, am un prieten cu care mă înţeleg foarte bine.

T: Aşadar ai avut multe succese. Chiar şi la licenţă ai scris foarte bine la trei subiecte; iar pe celelalte nu le-ai învăţat pentru că nu ai găsit cartea care îţi trebuia.

G: Da, aşa este, dar faptul că am căzut este totuşi o realitate.

T: Succesele avute până acum, cât şi faptul că ai scris foarte bine la subiectele pentru care ai avut materialul bibliografic reprezintă argumente suficiente pentru a te considera o persoană ratată sau poate ar fi mai aproape de adevăr să consideri că eşti o persoană care face uneori greşeli.

G: Da, am greşit că nu am parcurs întreaga bibliografie.

8. *Strategia monitorizării comportamentelor în diverse situaţii*

Aşa cum am mai subliniat, o distorsionare cognitivă frecvent întâlnită constă în focalizarea atenţiei asupra unui comportament singular şi generalizarea acestuia asupra persoanei privite ca întreg. Astfel dacă cineva a avut o izbucnire de mânie într-o împrejurare oarecare, adesea avem tendinţa de a-l eticheta drept „certăreţ". Terapeutul va trebui să-l ajute pe client să-şi focalizeze atenţia asupra unor factori de natură situaţională care au condus la comportamentul respectiv, astfel încât acesta să poată fi interpretat contextual.

Instructajul adresat clientului va îmbrăca următoarea formă:

„Atunci când etichetăm pe cineva avem tendinţa de a gândi „totul sau nimic", ignorând foarte multe date ale realităţii. Ce ar fi dacă am încerca să ne concentrăm asupra modului în care se modifică unele comportamente în diverse situaţii. Astfel, dacă te etichetezi ca „certăreţ", caută să evaluezi cât eşti de certăreţ în diferite momente ale zilei sau ale săptămânii, notând intensitatea comportamentului agresiv pe o scală de la 0 la 100, în care 0 înseamnă foarte conciliant şi înţelegător şi 100 extrem de agresiv.

Poţi nota, de asemenea şi frecvenţa comportamentelor agresive care s-au manifestat timp de o săptămână."

Dialogul terapeutic va îmbrăca următoarea formă:

Terapeutul: Ai afirmat faptul că ai rezultate slabe la învăţătură pentru că eşti un leneş. Notează pe o scală de la 0 la 100 cât de leneş ai fost săptămâna trecută, unde 0 înseamnă foarte activ, iar 100% ai zăcut nemişcat în pat.

Boby: Cred că mi-aş acorda în medie cam 85%.

T: Au existat momente în care ai fost activ?

B: Da, am fost la sala de forţă, la bibliotecă, am făcut un referat, am aplicat nişte teste pe elevi, am ajutat-o pe prietena mea la curăţenie, am căutat materiale pe INTERNET pentru lucrarea de licenţă.

T: Cât de leneş ai fost atunci când ai redactat referatul sau ai fost la sala de forţă?

B: 0% presupun.

T: Mergi la facultate la cursuri de zi şi ai o jumătate de normă ca educator la un centru de plasament pentru copiii abandonaţi; cam câte ore lucrezi pe zi?

B: Cam 10-12 ore pe zi.

T: Atunci cum poţi să te consideri leneş dacă faci faţă acestui program?

B: Nu sunt chiar atât de leneş, dar aş fi dorit să obţin note mai bune.

T: Şi o mai şi ajuţi pe prietena ta la treburile casnice, cât de leneş eşti atunci?

B: Atunci nu sunt de loc leneş.

T: Iată deci că nu eşti leneş majoritatea timpului; şi atunci de ce consideri că eşti leneş dacă nu ai obţinut rezultatele dorite la facultate?

B: Poate nu m-am concentrat destul pentru că am obosit la serviciu.

9. *Utilizarea unor strategii comportamentale pentru a face faţă situaţiei în care gândurile negative automate se dovedesc adevărate*

Terapeutul va adresa clientului următorul instructaj:

„În cazul în care gândurile tale negative automate se vor dovedi adevărate, ce ai putea întreprinde pentru a îmbunătăţi situaţia?

Există cumva posibilitatea de a-mi îmbunătăţi deprinderile de comunicare, de rezolvare de probleme sau poate că se poate modifica situaţia externă?"

Prezentăm în cele ce urmează un fragment din cadrul dialogului terapeutic:

Terapeutul: Te simţi descurajat de modul în care au decurs interviurilor de ocupare a unor locuri de muncă.

Alexandru: Nimeni nu doreşte să mă angajeze. Cad la toate interviurile.

T: Hai să facem un joc de rol. Eu voi juca rolul angajatorului, iar tu îţi vei juca propriul rol, aşa cum te-ai prezentat la interviu.

Clientul, în timpul interviului, se laudă excesiv de mult şi îi critică pe ceilalţi posibili angajatori.

A: Ei bine, cum a mers?

T: Ai avut dreptate. Gândul tău negativ că ratezi toate interviurile s-a dovedit a fi adevărat.

A: Chiar aşa? Acum chiar că mi-am pierdut orice speranţă.

T: În nici un caz! Am obţinut anumite informaţii foarte utile. Cred că a sosit momentul să te pregăteşti pentru a face faţă unor interviuri de angajare. Să analizăm la început ce anume caută o persoană care doreşte să angajeze pe cineva.

A: Sunteţi sigur de faptul că acele gânduri negative sunt adevărate.

T: În acest caz, s-a dovedit că da. Este însă foarte bine pentru că am descoperit care este problema şi acum vom putea focaliza terapia asupra dobândirii unor abilităţi de a face faţă cu succes unor interviuri de angajare.

Evaluarea supoziţiilor şi convingerilor de bază

Chiar dacă gândurile negative automate ar fi adevărate, se pune întrebarea de ce acest lucru îi crează subiectului un disconfort atât de mare.

Astfel, de pildă, dacă am întreba un client de ce îl deranjează atât de mult faptul că o persoană îl respinge acesta ar răspunde, probabil că acest lucru îl determină să se simtă lipsit de valoare.

La o analiză mai atentă rezultă faptul că tulburările emoţionale (depresie, anxietate, iritabilitate etc.) sunt în mare măsură generate şi amplificate de reguli şi convingeri rigide şi absolutiste. În etapele de viaţă în care lucrurile merg relativ bine, aceste supoziţii şi convingeri nu ies la iveală, ele fiind însă activate atunci când apare un eveniment negativ. (Un client care consideră că este o persoană valoroasă dacă are o parteneră de viaţă se va simţi bine atâta timp cât se află într-o relaţie de cuplu satisfăcătoare. Ameninţarea cu întreruperea relaţiei sau terminarea acesteia va declanşa o stare depresivă pentru că persoana nutreşte convingerea că nu poate fi fericită dacă este singură, convingere bazată pe schema cognitivă „sunt o persoană care nu merită să fie iubită").

Leahy (2003) prezintă mai multe **strategii de accesare a convingerilor negative de bază**.

1. *Strategia săgeţii verticale*

Aceasta permite relativ uşor accesul la convingerile şi supoziţiile de bază care îmbracă forma „dacă-atunci", sau a imperativelor categorice „trebuie neapărat", ca în exemplul de mai jos.

„Dacă nu iau nota 10 la examen înseamnă că sunt o ratată".

Supoziţia disfuncţională de bază care se află în spatele acestui gând poate îmbrăca următoarele forme:

„Trebuie totdeauna să fac totul perfect".
„Trebuie să am performanţe mai bune decât toţi ceilalţi".
„Este îngrozitor să ai un eşec".
„Dacă fac o greşeală, înseamnă că sunt un ratat".

Prezentăm în cele ce urmează un fragment din cadrul dialogului terapeutic:

Terapeutul: Mi-ai spus că te-ai simţit extrem de deprimată atunci când ai fost trecută pe lista de disponibilizări. Mă întreb: oare ce anume ţi-a trecut prin minte? Ca să ne lămurim mai bine, completează propoziţia neterminată: „Pierderea serviciului mă deprimă pentru că ..."

Despina: Mă face să mă simt o ratată".

T: Şi dacă te simţi o ratată, ce înseamnă asta pentru tine?

D: Înseamnă că sunt într-adevăr o ratată.

2. *Adresarea de provocări afirmaţiilor categorice de tipul: „trebuie totdeauna să fiu o persoană perfectă", sau „trebuie cu orice preţ să am totdeauna succes" etc.*

Ellis (1994) a subliniat faptul că majoritatea acestor afirmaţii au un caracter absolutist, suprageneralizat şi lipsit de logică.

Întrebările care trebuie adresate clientului îmbracă forma următoare:

„Care este raţiunea pentru care cineva trebuie neapărat să întreprindă acţiunea X?"

„Care este originea acestei reguli?"

„De ce trebuie ca această regulă să se aplice tuturor oamenilor?" etc.

Presupunând că imperativul categoric ar fi:

„Eu trebuie să fiu totdeauna perfect", întrebările adresate vor fi de tipul:

„Care este motivul pentru care trebuie să fii totdeauna perfect?"

„De unde a apărut această regulă?"

„Ce autoritate din lume ţi-a impus acest deziderat?"

„Este necesar ca toţi ceilalţi să fie perfecţi?"

„De ce îţi impui alte standarde de viaţă comparativ cu ceilalţi?"

„Nu ar fi mai realist din partea ta să-ţi spui că vrei să faci un lucru mai bine decât să doreşti o perfecţiune imposibil de atins?"

Dialogul dintre client şi terapeut va îmbrăca forma următoare:

Terapeutul: Tu afirmi că ar fi trebuit neapărat să obţii o notă mai mare la examen. De ce crezi asta?

Gabriela: Pentru că am capacităţi şi pentru că ar fi trebuit să dau totul din mine.

T: Ce înţelegi prin asta?

G: Să am numai 10 pe linie, să fiu olimpică la toate materiile...

T: Dar până în prezent nu ai luat numai nota 10 la examene şi nu ai devenit olimpică decât la o materie şi într-un singur an. Să deduc de aici că nu eşti chiar perfectă?

G: Ar fi trebuit să mă străduiesc mai mult.

T: Care sunt beneficiile şi costurile menţinerii unei astfel de convingeri?

G: Costurile sunt că mă simt dezamăgită, dacă ceva nu îmi iese cum trebuie şi că lucrez totdeauna sub presiune. Beneficiul este că mă străduiesc din răsputeri să fac totul cât mai bine.

T: Şi cum te simţi?

G: Îngrozitor! De asta mă aflu aici în cabinet.

T: Ce ar fi dacă ţi-ai spune că doreşti să realizezi lucruri de bună calitate? Care ar fi avantajul unei astfel de concepţii comparativ cu cea care te îndeamnă să urmăreşti perfecţiunea?

G: Poate că nu m-aş mai simţi atât de încordată şi depăşită de evenimente.

T: Oare prietenii tăi au numai note de 10?

G: Nu. Unii au note medii, alţii ceva mai bune. Nimeni dintre cunoscuţi nu are 10 pe linie.

T: Şi ce crezi despre ei?

G: Că se descurcă bine la învăţătură. Poate că sunt prea exigentă cu mine.

T: Cum ar fi dacă ţi-ai aplica aceleaşi standarde ca şi celorlalţi?

G: Cred că m-aş simţi mult mai bine.

Leahy (2001 b) subliniază faptul că imperativele categorice cu caracter absolut e necesar să fie distinse de regulile morale care reprezintă imperative ce trebuie respectate de toată lumea (de exemplu, nu trebuie să furi bunul altuia).

3. *Identificarea supoziţiilor de tip condiţionat („dacă-atunci")*

Să examinăm supoziţia „dacă o persoană nu mă agrează, atunci înseamnă că sunt lipsit de valoare".

Pentru a împiedica respingerea şi evaluările negative din partea celorlalţi, clientul va dezvolta un sistem de strategii şi supoziţii condiţionale care îl vor ajuta să evite respingerea.

Acestea pot îmbrăca formele următoare:

„dacă voi face totdeauna ceea ce doresc ceilalţi, ei nu mă vor respinge; dacă voi veni în întâmpinarea nevoilor celorlalţi, aceştia nu mă vor respinge".

Aceste supoziţii disfuncţionale cu caracter condiţional îi ajută pe clienţi să-şi depăşească temerile şi sentimentele de inadecvare prin strategii de tip compensator

(evită compania celorlalţi pentru a nu fi respinşi sau depun eforturi exagerate pentru a realiza lucruri de calitate), împiedicându-i, însă, să infirme convingerile negative de bază aflate în spatele lor.

Supoziţia „dacă fac pe placul celorlalţi, voi fi agreat şi nu voi mai fi o persoană lipsită de valoare" va face dificilă combaterea convingerii „sunt lipsit de valoare dacă cineva nu mă agrează".

În acelaşi mod, supoziţia unui alcoolic „nu pot trăi fără băutură" este greu de combătut pentru că pacientul nu stopează consumul de alcool.

Studiu de caz

Marcela, o juristă de 36 de ani, cu standarde perfecţioniste, se teme să intre în avocatură unde ar câştiga mai bine, dar se va confrunta cu riscul unor eşecuri, mulţumindu-se să fie juristă într-un minister unde salariul e foarte mic.

Terapeutul: Te plângi de actualul loc de muncă, dar eziţi să-ţi găseşti ceva ca avocat sau jurist în sectorul privat. De ce ai tendinţa de a evita provocările?

Marcela: Mă tem că voi eşua.

T: Şi ce ar însemna acest lucru pentru tine?

M: Că sunt o ratată.

T: Mai sunt şi alte lucruri pe care eziţi să le faci de teama eşecului?

M: Nu am plecat la specializare în Elveţia, deşi am primit o bursă.

T: Să înţeleg faptul că regula după care te conduci este să eviţi situaţiile în care ai putea înregistra un eşec?

M: Da. Nu vreau să descopăr faptul că sunt o incapabilă.

T: Să vedem dacă putem să verificăm adevărul afirmaţiei că eşti o incapabilă. Cum ai învăţat la şcoală?

M: Am fost premiantă, dar nu am avut numai note de 10.

T: La facultate ce rezultate ai avut?

M: Am terminat ca şefă de promoţie.

T: Mai ai şi alte performanţe academice?

M: Am terminat masteratul cu 10 şi sunt înscrisă la doctorat.

T: Aceste realizări dovedesc cumva faptul că eşti incapabilă sau ratată?

M: Nu, nu sunt chiar proastă, dar nici cea mai inteligentă.

T: Tu presupui că trebuie să fii obligatoriu cea mai inteligentă pentru a nu te considera proastă?

M: Cred că da.

T: Mă întreb care ar fi consecinţele unei astfel de convingeri.

4. *Evaluarea sistemului de valori*

Clarificarea sistemului de valori poate fi utilă pentru reexaminarea din perspectiva acestuia, a unor judecăţi cu caracter depreciativ pe care le face subiectul cu privire la propria persoană.

Un subiect care pune un accent deosebit pe valoarea personală evidenţiată prin intermediul realizărilor obţinute, poate fi solicitat să examineze şi alte valori cum ar fi: generozitatea, curiozitatea, creativitatea sau simţul umorului.

Întrebările care presupun alegerea dintre două alternative, pot fi utile în aceste situaţii („dacă ar fi să alegi între realizarea personală şi oferirea afecţiunii către cei dragi pentru ce ai opta?").

Clientului i se va cere să ierarhizeze valorile după care se conduce, precizând care anume sunt mai importante pentru el. O întrebare utilă ar putea fi aceea legată de valorile pe care le-ar aprecia la partenerul său de viaţă.

Instructajul administrat subiectului poate îmbrăca forma următoare:

Terapeutul: Să examinăm valorile pe care le consideri importante în viaţa ta, cum ar fi: dragostea, generozitatea, blândeţea, capacitatea de a ierta, curiozitatea, umorul, stima de sine, valorile religioase, culturale, realizările în plan profesional, aprobarea din partea celorlalţi, aspectul fizic etc.

Se pare că, în momentul de faţă, te nemulţumeşte faptul că nu ai obţinut mai multe realizări la locul de muncă. Dacă ar fi să alegi între realizările profesionale pe care ţi le doreşri şi mai multă afecţiune din partea soţiei şi prietenilor, pentru ce ai opta?

Matei: Toate aceste valori mi se par importante. Poate dragostea Mariei este lucrul pe care mi-l doresc cel mai mult.

T: Ce-ar fi să încerci să fi, la rândul tău, iubitor şi tolerant cu cei dragi şi cu tine însuţi, în loc să te străduieşti excesiv să-ţi îndeplineşti planurile ambiţioase?

Matei: Dacă aş reuşi să fac asta, cred că m-aş simţi mult mai bine.

5. *Utilizarea recăderilor pentru a desprinde anumite învăţăminte*

O modalitate de stopare a convingerilor de tip perfecţionist constă în transformarea recăderilor în experienţe de învăţare.

Astfel, de pildă, o clientă alcoolică a redus consumul la un pahar pe seară, dar într-un moment de recădere a consumat 10 sticle de vin. Aceasta a devenit excesiv de autocritică, considerând că este un caz lipsit de speranţă.

Terapeutul a ajutat-o să conştientizeze ce anume să înveţe din această experienţă:

- faptul că a doua zi se simte rău după ce a băut prea mult;
- faptul că prietenii cărora încerca să le facă pe plac, nu au apreciat-o pentru acest gest.

6. *Strategia conceptualizării cazurilor*

Identificarea convingerilor disfuncționale de bază este utilă în conceptualizarea fiecărui caz în parte (Beck, 1995, Needleman, 1999, Persons și Miranda, 1992, Tompkins, 1996), permițând stabilirea conexiunilor dintre gândurile negative automate, convingerile disfuncționale, supozițiile cu caracter condițional și schemele cognitive de bază.

Un subiect a cărui schemă cognitivă de bază postulează faptul că este o persoană care nu merită să fie iubită și că ceilalți o vor critica și o vor respinge, va nutri următoarele gânduri negative automate:

„Ea crede că sunt un ratat";

„Sunt un ratat";

„Dacă îi voi cere o întâlnire, ea mă va refuza";

„Este îngrozitor să fii refuzat";

„Voi rămâne singur pentru totdeauna".

Convingerile disfuncționale care stau în spatele acestor gânduri negative sunt:

„Nu trebuie să-i lași pe ceilalți să afle ceea ce gândești";

„Ai nevoie de aprecierea celorlalți pentru a fi fericit";

„Persoanele pe care te bazezi vor sfârși prin a te abandona".

Supozițiile cu caracter condițional vor îmbrăca forme de tipul următor:

„Dacă voi fi foarte amabil și voi lăsa totul de la mine, ceilalți mă voi aprecia";

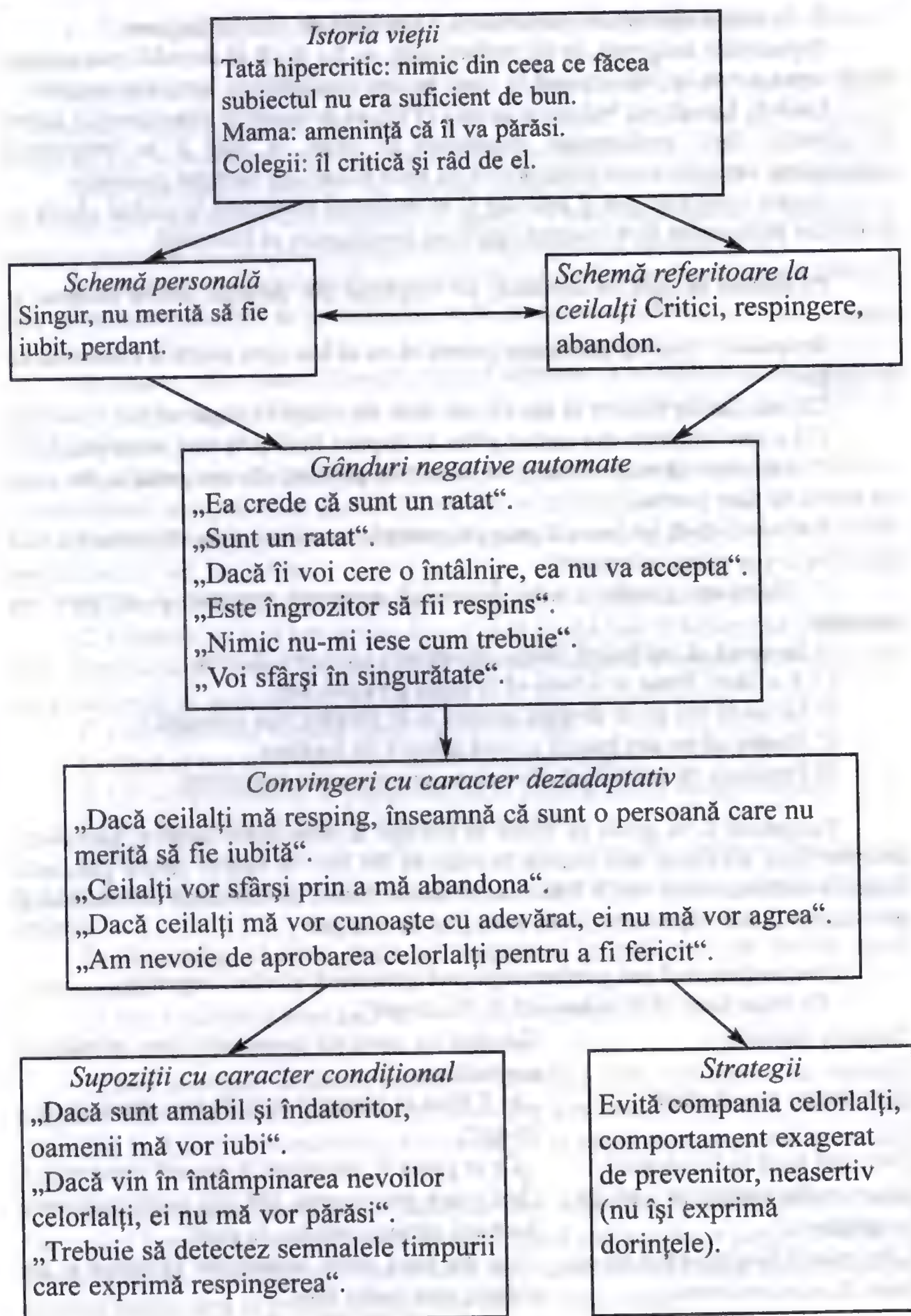
„Dacă vin în întâmpinarea dorințelor celor din jur, aceștia nu mă vor abandona".

Clientul va încerca să lupte împotriva temerii de a fi respins, fie prin intermediul unor strategii de evitare (nu se apropie de ceilalți, evită să intre în dialog, evită autodezvăluirile) sau prin cele cu caracter compensator (exagerat de binevoitor, zâmbește în permanență și încuviințează ceea ce spun alții).

Convingerea disfuncțională de bază constă în aceea că subiectul nu se consideră o persoană valoroasă care merită să fie iubită.

Datele de anamneză pun în evidență faptul că în copilărie subiectul a fost criticat frecvent de părinți, mama amenințând mereu că va părăsi familia.

Prezentăm, mai jos, schema conceptualizării acestui caz după Leahy (2003, p. 80).


Istoria vieții
Tată hipercritic: nimic din ceea ce făcea subiectul nu era suficient de bun.
Mama: amenință că îl va părăsi.
Colegii: îl critică și râd de el.
Schemă personală
Singur, nu merită să fie iubit, perdant.
Schemă referitoare la ceilalți Critici, respingere, abandon.
Gânduri negative automate
„Ea crede că sunt un ratat".
„Sunt un ratat".
„Dacă îi voi cere o întâlnire, ea nu va accepta".
„Este îngrozitor să fii respins".
„Nimic nu-mi iese cum trebuie".
„Voi sfârși în singurătate".
Convingeri cu caracter dezadaptativ
„Dacă ceilalți mă resping, înseamnă că sunt o persoană care nu merită să fie iubită".
„Ceilalți vor sfârși prin a mă abandona".
„Dacă ceilalți mă vor cunoaște cu adevărat, ei nu mă vor agrea".
„Am nevoie de aprobarea celorlalți pentru a fi fericit".
Supoziții cu caracter condițional
„Dacă sunt amabil și îndatoritor, oamenii mă vor iubi".
„Dacă vin în întâmpinarea nevoilor celorlalți, ei nu mă vor părăsi".
„Trebuie să detectez semnalele timpurii care exprimă respingerea".
Strategii
Evită compania celorlalți, comportament exagerat de prevenitor, neasertiv (nu își exprimă dorințele).

7. *Strategia dezvoltării curiozităţii şi tendinţei de autoperfecţiune*

Expectaţiile exagerate, de tip perfecţionist, nu fac decât să demobilizeze subiectul deoarece acesta se descurajează în cazul în care rezultatele nu sunt cele aşteptate.

Dweck, Davidson, Nelson şi Enna (1978) au demonstrat experimental faptul că subiecţii obţin performanţe superioare în cazul în care li se stimulează curiozitatea, sarcinile nemaifiind privite ca nişte situaţii cu caracter evaluativ.

Aceste constatări pot fi aplicate şi în demersul terapeutic în cadrul căruia se va urmări provocarea şi stimularea spiritului investigativ al clientului.

Prezentăm în cele ce urmează, un fragment din dialogul dintre terapeut şi client:

Terapeutul: Te simţi descurajat pentru că nu ai luat nota dorită la examenul de fiziologie?

Corina: Da, aş fi dorit să iau 10, dar abia am reuşit să obţin un 6.

T: La care întrebări din cadrul grilei ai răspuns bine şi la care nu ai ştiut?

C: Am reuşit să rezolv bine problemele de gândire, dar am greşit acolo unde era vorba de date precise.

T: Ce ar fi dacă am pune la punct o strategie care te-ar ajuta să memorezi mai bine? Nu ţi s-ar părea interesant?

C: Nu m-am gândit la asta. Încerc să memorez mecanic şi nu prea am rezultate.

T: Încearcă să subliniezi datele importante cu culori diferite.

C: E o idee! Poate ar fi bine să le notez pe nişte fişe.

T: De unde vei şti că de data aceasta te-ai pregătit mai temeinic?

C: Pentru că mi-am însuşit o nouă tehnică de învăţare.

T: Presupun că ai câştigat ceva de pe urma acestei experienţe.

Terapeutul îl va ghida pe client să renunţe la obiectivele utopice, nerealiste, transformând învăţarea sau munca într-un fel de joc, în cadrul căreia gândurile negative disfuncţionale vor fi înlocuite cu unele menite să stimuleze curiozitatea şi provocarea la noi experienţe, ca în exemplul de mai jos:

Comportamentul sau performanţa care generează gânduri negative.

„Să obţin nota 10 la examenul de fiziologie".

Gânduri negative	*Gânduri cu caracter provocativ care stimulează curiozitatea*
„Voi obţine o notă slabă".	„Ar fi bine să găsesc o metodă mai atractivă de a învăţa".
„Nu sunt bună la fiziologie".	„Ce ar putea fi interesant la această materie?"
„Sunt multe noţiuni pe care nu le stăpânesc".	„Îmi place provocarea. Mă voi simţi mulţumită dacă voi obţine o mărire de notă".
„Am mari dificultăţi când mi se cere să memorez ceva".	„Am dat până acum numeroase examene şi am obţinut note foarte bine".

8. *Formarea şi dezvoltarea unor noi convingeri şi supoziţii cu caracter adaptativ*

Supoziţiile şi convingerile cu caracter disfuncţional au un caracter rigid, generalizat, implică judecăţi de tipul „totul sau nimic" şi conduc la autocritică exagerată sau la evaluarea celorlalţi după standarde nerealiste.

Noile convingeri care le vor înlocui trebuie să fie flexibile, diferenţiate, orientate spre acţiune şi să stimuleze învăţarea, autoperfecţionarea şi acceptarea propriei persoane şi a celorlalţi şi nu critica, respingerea şi devalorizarea.

Aceste noi convingeri vor fi examinate în termenii costurilor şi beneficiilor pe care le va obţine clientul de pe urma lor, ca în exemplul următor:

Terapeutul: Eşti foarte stresată datorită faptului că ai obţinut doar nota 6 la examenul de fiziologie. Regula de bază după care te conduci este: „eu trebuie să obţin totdeauna note mari".

Să căutăm o nouă regulă de viaţă care să te ajute să progresezi, dezvoltându-ţi curiozitatea, acceptarea de sine şi dorinţa de autoperfecţionare.

Corina: Cred că pot spune că învăţ din greşelile mele şi că îmi acord un credit pentru ceea ce am făcut bine.

T: Care ar fi beneficiile şi costurile învăţării din propriile greşeli?

C: Costurile ar fi că pot deveni leneşă şi să nu mă mai străduiesc să obţin note mari. Beneficiul ar consta în aceea că aş rămâne motivată şi atunci când lucrurile merg mai prost şi nu m-aş mai critica atâta.

T: Cum apreciezi această nouă regulă de viaţă?

C: Cred că mă simt mai bine dacă o pun în aplicare.

T: Ce comportamente ar putea rezulta în urma aplicării acestei reguli?

Ce vei face în mod concret săptămâna viitoare?

C: Îmi voi face un plan de studiu şi voi analiza ce anume am făcut bine şi unde mai am de insistat. Voi încerca şi noile strategii de memorare despre care am discutat înainte.

T: Să înţeleg că te-ai decis să progresezi în paşi mici în loc să cauţi perfecţiunea?

C: Da, e mult mai bine aşa.

O altă strategie eficientă pentru a identifica noi convingeri cu caracter adaptativ constă în a cere clientului să identifice o persoană cunoscută care nu are dificultăţi în domeniul respectiv şi a-l întreba ce ar gândi acea persoană în situaţia dată.

Astfel, un tânăr timid, care se temea că va fi respins dacă va cere întâlnire unei fete, a fost întrebat ce crede că şi-ar spune în gând colegul său, sigur pe sine şi cu succes la femei. Convingerea identificată a fost: „mai bine să încerci decât să ratezi din start ocazia de a te întâlni cu persoana care te interesează".

Evaluarea tendințelor de îngrijorare

Îngrijorarea permanentă are un efect activ asupra stării psihice și randamentului subiecților, fiind caracteristică persoanelor care suferă de anxietate generalizată, tulburare obsesiv-compulsivă, fobie socială, atacuri de panică și tulburare depresiv-anxioasă.

Sfătuirea clienților să nu își mai facă griji sau strategia „opririi gândurilor" nu au, în general, efectul scontat.

Modelul cognitiv al tendințelor de îngrijorare a fost pus la punct de Borkovec și Hu, 1990, Borcove și Iuz, 1990, Rheaume, Latarte și Dugas, 1994, și Wells, 2000, 2002.

Îngrijorarea reprezintă o componentă de bază a tuturor tulburărilor anxioase. Conform modelului cognitiv-comportamental, îngrijorarea presupune prevederea unor consecințe negative, ignorarea informațiilor și datelor realității, subestimarea capacității subiectului de a face față situațiilor stresante, stabilirea unor cerințe și standarde perfecționiste și absurde, o nevoie exagerată de aprobare, precum și intoleranță față de incertitudine și ambiguitate.

Persoanele îngrijorate nutresc, pe de o parte, convingerea eronată că îngrijorarea le protejează, le pregătește și previne producerea unor evenimente, iar pe de altă parte, convingerea, la fel de absurdă, că îngrijorarea are consecințe concrete în plan fizic și psihic, (produce îmbolnăviri organice sau mentale) și că din acest motiv aceasta trebuie controlată și eliminată. (Wells, 2000, 2002).

În cele de urmează, vom prezenta câteva strategii de reducere a îngrijorării și a impactului negativ al acesteia (după Leahy 2003).

1. *Identificarea îngrijorărilor*

Terapeutul va identifica modalitatea prin intermediul căreia clientului își exprimă îngrijorările. Acestea pot lua forma unor gânduri („mă tem că voi rămâne singur toată viața") sau imagini (subiectul se vede pe sine abandonat de ceilalți; singur în casă).

Întrebările adresate clientului vor îmbrăca forma următoare:

„Poți să-mi spui ce îți trece prin minte atunci când te îngrijorezi? Ai imagini vizuale sau auzi o voce interioară care îți vorbește despre toate lucrurile rele care se pot întâmpla?"

Dialogul terapeutic se va desfășura astfel:

Terapeutul: Mi-ai spus că te simți foarte speriată și îngrijorată atunci când mergi la o petrecere. Poți să-mi spui ce anume îți trece prin minte?

Claudia: Îmi spun în gând că nu voi fi în stare să scot nici un cuvânt. Colegii mă vor crede o proastă și vor râde de mine.

T: Ai cumva şi anumite imagini care să reprezinte modul în care se vor desfăşura lucrurile la ziua prietenei tale?

C: Da! Îmi imaginez cum colegii încep să râdă de mine iar eu izbucnesc în lacrimi şi fug de acolo.

2. *Analiza costurilor şi beneficiilor îngrijorării*

Mulţi clienţi consideră că îngrijorările reprezintă o modalitate de a rezolva problema, de a se pregăti pentru situaţia periculoasă sau sunt de părere că îngrijorarea previne pericolul (Papageorgiu şi Wells, 2000, Wells, 1997 a).

Deşi este cunoscut faptul că un anumit nivel nu prea ridicat de anxietate poate motiva subiectul să se pregătească mai bine pentru o situaţie de evaluare, de cele mai multe ori îngrijorarea dezorganizează subiectul, scăzând simţitor randamentul în activitate.

Terapeutul va solicita clientul să analizeze beneficiile şi costurile îngrijorării excesive.

Terapeutul: Să examinăm avantajele şi dezavantajele faptului că te temi foarte tare de examenul la fundamentele psihologiei.

Liviu: Dezavantajele sunt că mă simt tot timpul speriat şi încordat, nu mă pot relaxa de loc, concentrarea atenţiei este slabă şi dorm prost noaptea. Avantajul este că mă mobilizez să învăţ cât mai mult.

T: Dacă ar fi să exprimi avantajele şi dezavantajele în procente, ce ar rezulta?

L: 25% avantaje şi 75% dezavantaje.

T: Să înţeleg că ţi-ar fi mai bine dacă te-ai îngrijora mai puţin? Ce crezi că s-ar întâmpla dacă ai reduce procentul îngrijorării tale cu 40%?

L: Nu ştiu. Cred că m-aş îngrijora pentru că nu mă îngrijorez suficient.

T: Şi ce ar însemna aceasta pentru tine?

L: Poate că nu m-aş pregăti suficient pentru examen.

3. *Transformarea îngrijorărilor în predicţie*

Marea majoritate a clienţilor îşi exprimă îngrijorarea sub forma „ce ar fi dacă...", fiind dificil ca acestea să poată fi testate în practică.

Din acest motiv, terapeutul îl va ghida pe client să reformuleze conţinutul îngrijorării sub forma unei predicţii.

Întrebările adresate clientului sunt de tipul următor:

„Ce crezi că se va întâmpla de fapt?"

„Caută să precizezi exact ce se va întâmpla în mod concret pentru ca noi să putem verifica în practică dacă acel lucru de care te temi se va produce sau nu"

4. *Verificarea predicţiilor negative*

Terapeutul îi va cere clientului să formuleze un gând negativ („sunt un ratat") şi să precizeze consecinţele pe care crede că le poate avea acesta:

„nu voi fi niciodată fericit“;
„prietenii nu vor mai vorbi cu mine“;
„Elena nu va accepta să ne întâlnim“;
„voi fi concediat“.

În continuare, terapeutul se va adresa clientului său astfel:

„Desigur, s-ar putea să ai dreptate, dar acum predicţiile tale sunt clar formulate şi putem verifica în practică dacă eşti sau nu un ratat. În cazul în care acesta nu se vor dovedi adevărate, va trebui să-ţi revizuieşti gândul negativ.

Mulţi clienţi care nutresc gânduri negative prevăd consecinţe care sunt valabile aproape pentru oricine:
„voi fi nefericit“;
„cineva nu o să mă placă“;
„voi avea probleme la serviciu“.

A afirma pe baza unor astfel de predicţii, faptul că cineva este un ratat ar însemna să fii de acord că toţi oamenii sunt rataţi. Pentru a putea fi testată în practică, o predicţie trebuie să aibă un caracter specific diferenţiind subiectul de alte persoane. Un alt aspect important pe care trebuie să-l avem în vedere în testarea predicţiilor negative se referă la faptul că trebuie acordat un timp rezonabil pentru a realiza testarea.

Astfel, de exemplu, predicţia „voi fi concediat“, trebuie urmată şi de o dată aproximativă la care subiectul crede că se va produce evenimentul, deoarece, pe termen lung, foarte multe persoane îşi pot pierde serviciul.

5. *Evaluarea predicţiilor trecute*

Clientului i se cere să reevalueze predicţiile negative realizate în trecut, dintre care cea mai mare parte s-au dovedit neadevărate. Acest lucru demonstrează faptul că a realiza o predicţie nu înseamnă neapărat că acesta se va adeveri.

Marina, o clientă care suferea de atacuri de panică, a prevăzut timp de 2 ani că i se va face rău în metrou sau în autobuz, va face un atac de cord şi va muri.

Dialogul terapeutic îmbracă forma următoare:

Terapeutul: De câte ori ai mers cu metroul sau cu autobuzul în ultimii doi ani?

Marina: Încerc să evit pe cât posibil acest lucru, dar cred că am mers totuşi de vreo 20 de ori.

T: Şi de câte ori ai prevăzut că vei leşina şi apoi voi muri?

M: De fiecare dată.

T: Şi de câte ori s-a întâmplat acel lucru?

M: (râde) Niciodată.

T: Se pare că previziunile tale nu s-au îndeplinit. Ce concluzie tragi din aceste date?

M: Că previziunile mele nu sunt adevărate.

6. *Analizarea modului în care clientul a făcut față în trecut evenimentelor negative*

Pentru a reconstitui încrederea în sine a clientului, terapeutul îl va ajuta să treacă în revistă situațiile negative trecute și modalitatea în care a făcut față acestora.

Instructajul administrat subiectului va fi următorul:

„Persoanele depresive sau anxioase au tendința de a prevedea consecințe negative ale unor evenimente, multe dintre aceste previziuni dovedindu-se false, însă unele pot fi adevărate, pentru că în viață se întâmplă și lucruri rele. Întrebarea care se pune este cum ați reușit să faceți față acestor situații?"

Studiile clinice au evidențiat faptul că subiecții cu tulburări emoționale s-au descurcat în situații stresante de-a lungul timpului, mult mai bine decât și-ar fi închipuit.

Această constatare este foarte importantă pentru că subiecții înclinați spre îngrijorare au tendința de a-și subaprecia abilitățile adaptative.

7. *Extragerea unor învățăminte în urma analizării predicțiilor neconfirmate*

Unii clienți, deși recunosc faptul că previziunile lor nu s-au confirmat, continuă să nutrească gânduri negative pentru că acestea nu le dau garanții legate de faptul că evenimentele de care se tem nu se vor produce în viitor („Chiar dacă nu am leșinat niciodată în trecut, acest lucru s-ar putea întâmpla oricând").

Un alt motiv pentru care clienții au dificultăți să învețe din experiențele trecute constă într-o particularitate a proceselor memoriei care ne determină să ne reamintim cu precădere acele evenimente care au avut loc și nu cele care nu s-au produs.

De asemenea, faptul că subiecții nu învață suficient din experiențele trecute se datorează puternicei investiții afective în credințele lor negative, speranței că acestea îi protejează de rele sau dificultăților de a-și recunoaște eroarea în fața terapeutului.

Dialogului terapeutic va decurge astfel:

Terapeutul: Ești convins de faptul că paloarea ta reprezintă un simpton de leucemie. Ai mai nutrit astfel de credințe în trecut?

Mihai: Da, anul trecut am avut o relație sexuală neprotejată și am crezut că m-am îmbolnăvit de SIDA. Acum câteva luni am suferit de dureri de cap și am crezut că am tumoră cerebrală.

T: Ai previzionat o serie de lucruri negative care nu s-au adeverit. Care este dovada că nu ai leucemie?

M: Am făcut toate analizele și medicul mi-a spus că nu am de ce să mă tem.

T: Ce părere ai despre concluzia medicului?

M: Se poate înșela; analizele pot fi greșite.

T: Este adevărat! Ce s-ar întâmpla dacă medicul s-ar înșela?

M: Nu ar trebui să cred ceea ce spune acesta sau un alt medic până când nu obţin o certitudine.

T: Dar dacă ai accepta cu verdictul medicului fără a avea certitudinea că este adevărat?

M: Ar fi regretabil dacă aş avea cu adevărat leucemie.

T: Aşadar, gândul tău negativ va îmbrăca forma: „Voi continua să mă îngrijorez şi să fac analize până când nu voi fi sigur că sunt sănătos".

În continuare, terapeutul îl va ghida pe client să identifice gânduri alternative raţionale prin intermediul cărora să le combată pe cele negative, după modelul:

Gânduri negative automate	Gânduri alternative realiste
Aş putea avea lucemie Nu poţi fi niciodată sigur că nu te poţi îmbolnăvi	Analizele de laborator au ieşit foarte bine Nu poţi fi sigur de nimic dar probabilitatea să fiu bolnav este foarte redusă

8. *Realizarea unei distincţii între îngrijorările productive şi cele neproductive, iraţionale* (Leahy, 2003).

• Terapeutul îl va ajuta pe client să realizeze distincţia dintre îngrijorările cu caracter adaptativ şi cele inutile. Această distincţie poate fi realizată prin intermediul unei exemplificări.

„Să presupunem că trebuie să pleci în călătorie la Cluj. Îngrijorările productive vor fi legate de detalii tehnice cum ar fi: „am rezervorul plin? am anvelope de iarnă? am suficient timp să ajung la destinaţie la ora stabilită" etc. Astfel de preocupări vor conduce la o conduită prudentă care va face să crească probalitatea unei călătorii reuşite. Îngrijorări cu caracter neproductiv ar putea fi: „ce va fi dacă voi face un atac de cord în timp ce conduc?", „ce va fi dacă prietena mea se va întâlni cu alt bărbat în timp ce eu lipsesc?", „ce va fi dacă mă vor ataca hoţii atunci când opresc?" etc. Astfel de îngrijorări se referă la evenimente posibile, dar cu un grad redus de probabilitate, descrise în termeni catastrofizanţi şi care prezintă situaţii asupra cărora ai un control foarte redus.

• Ar fi bine să elaborezi două liste, dintre care una să cuprindă ce este de făcut, iar cealaltă situaţii de genul „ce ar fi dacă?". Prima listă va cuprinde acţiuni care dovedesc prudenţa: alimentarea cu combustibil, achiziţionarea unor pneuri adecvate sezonului etc., în timp ce a doua va include situaţii care nu pot fi rezolvate şi care nu fac decât să crească sentimentele de neajutorare şi teamă.

• Ruminaţiile neproductive conduc la depresie şi anxietate. Aşa cum am mai subliniat, ele sunt formulate în termeni care sugerează catastrofe: „ce va fi dacă voi face un atac cerebral?"

• Se sugerează clientului să reformuleze aceste întrebări în termenii unui demers centrat pe rezolvare de probleme: „care ar fi problema de rezolvat?", „ce aş putea face pentru a evita situaţia de care mă tem?" etc. Leahy (2003).

9. *Strategia limitării perioadei în care clientul este îngrijorat*

Subiecţii anxioşi se îngrijorează aproape tot timpul la serviciu, la şcoală, acasă şi mai ales înainte de a adormi, fapt ce le reduce semnificativ randamentul şi le crează, în afara stării afective negative, tulburări de somn.

Terapeutul va recomanda acestora să stabilească o perioadă – şi nu un loc anume – când trebuie să se îngrijoreze. În cazul în care gândurile legate de îngrijorări apar în alte perioade ale zilei, clientul va trebui să le noteze pe o foaie de hârtie şi să le păstreze pentru perioada special alocată.

Instrumentajul administrat clientului va îmbrăca următoarea formă:

„Adesea simţi că temerile şi îngrijorările îţi scapă de sub control. Ar fi bine să stabileşti o perioadă din zi în care trebuie să te îngrijorezi cât poţi de mult, timp de 30 de minute. Notează toate îngrijorările tale pe o foaie de hârtie. Dacă îţi mai apar astfel de gânduri în alte etape ale zilei, notează-le pe un caiet şi păstrează-le pentru perioada special dedicată îngrijorării."

10. *Analizarea tendinţelor către profeţia autoîndeplinită*

Subiecţii care încearcă să explice cauzele care conduc la producerea unor evenimente negative, ignoră adesea rolul pe care îl joacă ei în producerea acestora. Astfel, de pildă, o persoană evitantă sau agresivă va fi, la rândul ei, evitată sau respinsă de ceilalţi.

Instructajul adresat subiectului va fi următorul:

„Nu cumva problema ta reprezintă rezultatul modului în care te-ai comportat? Ai presupus că nimeni nu te agrează şi nu ai interacţionat cu ceilalţi sau ai plecat de la petrecere după un sfert de oră?"

Prezentare de caz

Laura, o profesoară de engleză de 27 de ani, cu un fizic atrăgător, era convinsă de faptul că nu va întâlni un tânăr potrivit. Ea afirma că merge frecvent la petreceri, dar bărbaţii nu-i acordă atenţie.

Prezentăm, în cele ce urmează, un fragment din cadrul dialogului terapeutic.

Terapeutul: Ce gânduri îţi trec prin minte atunci când mergi la o petrecere?

Laura: Mă gândesc că nu voi întâlni niciodată bărbatul potrivit.

T: În cazul în care o tânără femeie este interesată să cunoască un bărbat, cum crezi că îşi va manifesta acest interes?

L: Nu înţeleg întrebarea.

T: Crezi că îl va privi în ochi, îi va zâmbi, îi va pune întrebări şi îi va face complimente?

L: Ei bine, eu nu pot să fac asta!

T: Dacă ai proceda astfel în loc să priveşti în jos şi să te retragi imediat, ce crezi că s-ar întâmpla?

L: Poate că nu aş mai fi respinsă.

T: Ar fi chiar posibil ca bărbatul respectiv să-ţi zâmbească, să se închege o conversaţie şi chiar să-ţi ceară o întâlnire.

11. *Stabilirea probabilităţii de producere a unui anumit eveniment*

Terapeutul îl va ghida pe client să stabilească probabilitatea de producere a unui eveniment negativ pe baza analizei unor informaţii din viaţa reală.

De exemplu, este posibil ca un avion să se prăbuşească, dar este puţin probabil, după cum demonstrează statisticile care monitorizează accidentele aviatice.

12. *Schimbarea perspectivei*

Adesea considerăm că problemele care ne deranjează în momentul de faţă vor continua să ne tulbure la nesfârşit. Din acest motiv, este necesară decentrarea clientului prin schimbarea perspectivei temporale.

Aflat în stare de relaxare, clientul îşi va imagina că se deplasează în trecut, rememorând toate experienţele agreabile, sau în viitor, căutând să-şi reprezinte cât de mult îl va mai deranja problema actuală peste câteva luni, un an etc.

Instructajul administrat subiectului este următorul:

„Închide ochii, aşează-te comod şi relaxează-te după metoda învăţată.

Imaginează-ţi acum că faci o călătorie în viitor... te deplasezi în timp peste 6 luni, un an, doi ani..."

„Mă întreb cât de mult te va mai tulbura faptul că nu ai obţinut nota maximă la licenţă?"

13. *Prescrierea paradoxală a imaginii vizuale cu conţinut negativ*

Mulţi clienţi îşi accentuează trăirile emoţionale disfuncţionale încercând să oprească gândurile şi imaginile cu conţinut negativ.

În astfel de cazuri, terapeutul va da indicaţia cu caracter paradoxal ca pacientul să-şi imagineze cât mai multe scene negative, realizându-se astfel un proces de desensibilizare.

Instructajul administrat subiectului este următorul:

„Adesea pierdem mult timp îngrijorându-ne de faptul că se poate întâmpla ceva rău. Te poţi îngrijora că nu vei reuşi să adormi în următoarele ore, că nu vei adormi de loc şi că a doua zi te vei simţi epuizat. Aş dori să-ţi reprezinţi cel mai rău lucru care se poate întâmpla şi să repeţi această imagine de cât mai multe ori până ce te vei plictisi de ea".

Pentru a ajuta clientul să-şi reprezinte cel mai rău lucru posibil terapeutul va aplica tehnica săgeţii verticale.

14. *Restructurarea atitudinală: încurajarea atitudinii de acceptare a unor evenimente şi situaţii*

Terapeutul se va adresa clientului astfel:

„În loc să încerci să controlezi şi să schimbi totul poate că ar fi mai bine să accepţi unele lucruri şi să te bucuri de partea bună a lor. Învaţă să accepţi cu detaşare situaţiile, comportându-te ca un observator neimplicat afectiv, fără să judeci sau să întreprinzi neapărat ceva, lăsând evenimentele să se deruleze de la sine".

Procesarea informaţiei şi erorile de logică

Aşa cum am mai subliniat, terapeuţii cognitivişti sunt de părere că tulburările emoţionale cum ar fi depresia şi anxietatea sunt generate, menţinute şi amplificate de distorsionările cognitive care apar în timpul procesării informaţiilor. Aceste distorsionări se referă la recepţionarea selectivă a acelor date care vin să confirme gândurile negative şi convingerile disfuncţionale.

Leahy (2003, p. 158) ne prezintă principalele *strategii de identificare şi corectare a erorilor de logică.*

1. *Căutarea selectivă (limitată)*

Clienţii care suferă de depresie sau anxietate au tendinţa de a selecta acele informaţii care vin să confirme gândurile şi convingerile negative ignorându-le pe cele care le infirmă.

Psihologii cognitivişti numesc acest proces „eroarea de confirmare".

Terapeutul va adresa clientului următorul instructaj:

Vom investiga acum procesul denumit căutare selectivă (limitată) care te determină să acorzi atenţie mai ales acelor date şi fapte care vin să confirme temerile sau gândurile triste. Să presupunem că nutreşti gândul: „sunt un ratat". Acest lucru te determină să te concentrezi doar asupra eşecurilor şi să ignori toate situaţiile în care ai avut succes. Pentru a verifica dacă ai tendinţa de a gândi astfel, ar fi bine să-ţi adresezi următoarele întrebări:

Care sunt informaţiile care vin în sprijinul gândirii mele negative şi care sunt cele care o contrazic? Cum ar evalua ceilalţi această situaţie? Care ar fi avantajele şi costurile procesării selective a informaţiei? Ce consecinţe neutre sau pozitive mai pot să prevăd? etc.

Dialogul dintre client şi terapeut va decurge astfel:

Terapeutul: Afirmi că te simţi foarte deprimată pentru că nu te-ai prezentat bine la examenul de informatică. Ce notă ai luat?

Ana: Am luat nota şapte şi aceasta reprezintă un mare eşec pentru mine.

T: Ce concluzie tragi din asta?

A: Că sunt o proastă!

T: Ce note ai luat până acum?

A: Un singur nouă şi restul 10.

T: Îţi concentrezi atenţia doar asupra rezultatului slab?

A: Da.

T: Cu ce medie ai terminat liceul?

A: 9,85.

T: Din câte înţeleg acorzi o atenţie specială doar examenului la care nu te-ai prezentat prea bine, ignorând toate succesele tale trecute. Dacă ar fi să analizezi rezultatele pe care le-ai avut până acum şi rezultatele colegilor tăi ce ai putea spune?

A: Pot spune că sunt printre primii trei studenţi din seria mea.

2. *Desconsiderarea datelor care indică probabilitatea de producere a unui eveniment negativ*

Kahneman (1995) şi Kahneman şi Trersky (1979) au demonstrat experimental faptul că marea majoritate a oamenilor pun accentul pe informaţiile de dată recentă, relevante pentru persoana în cauză şi care au tendinţa de a „sări în ochi", ignorându-le pe cele referitoare la frecvenţa ce indică probabilitatea de producere a unui eveniment.

Astfel, de exemplu, un client cu fobie de zbor cu avionul va considera că este foarte periculos să zbori cu avionul, bazându-şi temerile pe ştirea care a apărut la televizor despre un avion care tocmai s-a prăbuşit, ştire însoţită de imaginile epavei în flăcări. Subiectul în cauză va fi convins de faptul că avionul cu care urmează să se deplaseze se va prăbuşi în mod cert, ignorând statisticile care demonstrează că avionul este cel mai sigur mijloc de locomoţie.

În astfel de situaţii, terapeutul va adresa clientului următorul instructaj:

„Atunci când are loc un eveniment neplăcut, avem tendinţa de a ne concentra asupra celor petrecute, ignorând cât de des se produce acel eveniment în viaţa reală. Astfel, de pildă, o persoană se poate teme că are o tumoră cerebrală dacă suferă de dureri de cap, fără a se întreba ce procent din populaţie cu dureri de cap are şi tumoră cerebrală. Să examinăm acum natura îngrijorărilor tale şi să vedem cât de frecvent au loc accidente aviatice."

3. *Examinarea caracterului absurd al unor afirmaţii*

Mulţi clienţi depresivi sau anxioşi au tendinţa de a trage concluzii cu caracter absurd, lipsit de logică:

„Am căzut la examen, înseamnă că sunt un ratat";

„Dacă este posibil să se întâmple lucruri rele, atunci ele se vor întâmpla cu siguranţă";

„Dacă Maria nu mă place înseamnă că nu merit să fiu iubit";

„Dacă nu s-au întâmplat unele lucruri pozitive, înseamnă că va urma ceva rău".

Aşa cum am mai subliniat cele mai frecvent întâlnite erori de logică sunt;

- suprageneralizarea (se trag concluzii cu caracter general pornindu-se de la un eveniment singular);
- identificarea individului ca persoană cu un comportament particular;
- confundarea posibilităţii de producere a unui eveniment cu necesitatea sau probabilitatea;
- opinia conform căreia toate evenimentele sunt legate unele de altele etc.

Strategiile de combatere a gândirii lipsite de logică sunt următoarele:

1. *Identificarea contradicţiilor în termeni*: nu cumva nutreşti gânduri care vin în contradicţie unul cu altul ca de pildă:

„aş dori să cunosc cât mai mulţi oameni, dar nu suport să fiu respins în nici o situaţie".

2. *Reducerea la absurd*: caută să sesizezi absurditatea raţionamentelor „dacă sunt singură înseamnă că nu merit să fiu iubită; toţi oamenii căsătoriţi au fost înainte singuri, deci toţi oamenii căsătoriţi nu merită să fie iubiţi."

3. *Identificarea cercului vicios*: fii atent dacă nu cumva te învârteşti într-un cerc vicios din care nu poţi scăpa – „cred că sunt un ratat pentru că sunt depresiv şi sunt depresiv pentru că mă simt un ratat."

Terapeutul va adresa clientului întrebări de tipul următor:

„Date fiind faptele, ce concluzii poţi să tragi?"

„Mai pot fi trase şi alte concluzii?; Este posibil să-ţi imaginezi şi un alt final?".

„Poate o altă persoană să prevadă un alt final?"

„Nu cumva confunzi posibilitatea cu necesitatea producerii unui eveniment?"

„Atunci când prevezi că un eveniment va produce un altul pe ce te bazezi?; Ce fel de legături crezi că există între evenimente?" etc.

Prezentăm, în cele ce urmează, un fragment din dialogul terapeutic:

Terapeutul: Ai afirmat că „dacă este posibil ca liftul să cadă, atunci probabil că va cădea".

Iulia: Chiar dacă pare absurd, chiar aşa cred.

T: Este posibil să intri în contact cu un spirit?

I: Cred că da, deşi nu am văzut nici unul!

T: Nu ai văzut nici un lift prăbuşindu-se.

Ambele situaţii sunt posibile, dar mă întreb cât sunt de probabile?

I: Nu ştiu. Să văd o fantomă este foarte puţin probabil, dar nu sunt sigură în privinţa ascensoarelor.

T: Ei bine, de câte ori ai auzit că ar fi căzut vreun lift?

I: Niciodată.

T: Nu ar fi mai logic să consideri că este vorba de un eveniment improbabil?

I: Cred că da.

T: Ce s-ar întâmpla dacă ai considera că toate evenimentele posibile sunt probabile?

I: Cred că aş fi în permanenţă speriată.

4. *Combaterea gândirii magice*

Fiecare dintre noi a realizat măcar o dată în viaţă o relaţie cauzală între două evenimente care nu au nici o legătură unul cu celălalt.

Acest tip de gândire mai poartă şi denumirea de gândire superstiţioasă şi are la bază tendinţa de a găsi cauzele unor evenimente care ne scapă de sub control.

Clienţii depresivi sau anxioşi utilizează acest mecanism pentru a găsi argumente în favoarea gândurilor şi convingerilor lor negative.

În astfel de cazuri, sarcina terapeutului va fi să aducă contraargumente la aceste false corelaţii sau scheme cognitive.

Adesea se consideră că două evenimente au legătură unul cu celălalt pur şi simplu pentru că se succed în timp.

Gândirea magică poate îmbrăca forme de tipul următor:

„Am fost îmbrăcată cu rochia verde atunci când am căzut la examenul de licenţă, asta înseamnă că rochia respectivă îmi poartă ghinion".

„Când mă urc în metrou trebuie să păşesc cu piciorul drept şi nici una dintre garniturile de metrou cu care am călătorit nu a luat foc".

Terapeutul va administra clientului care prezintă un astfel de model de gândire, următorul instructaj: „Ai tendinţa să consideri că, dacă două evenimente au loc în acelaşi timp sau se succed, aceasta înseamnă că au o legătură unul cu celălalt. Dacă s-a prăbuşit un avion pe un aeroport, înseamnă că pe acel aeroport se vor prăbuşi multe avioane. Pentru a verifica dacă un eveniment reprezintă cauza altui eveniment ar trebui să verifici de câte ori **nu** s-a produs al doilea eveniment, atunci când a avut loc primul. Astfel, dacă afirmi că este periculos să zbori cu avionul pentru că ai citit de curând un articol despre o catastrofă aeriană, ar trebui să verifici de câte milioane de ori oamenii au efectuat zboruri fără să se întâmple nimic."

5. *Combaterea falselor alegeri cu caracter dihotomic*

Mulţi pacienţi depresivi consideră că nu au decât două alternative, ambele indezirabile, şi că se află prinşi într-o capcană, trăind un sentiment de neajutorare.

Maria, o tânără în vârstă de 28 de ani, cu o căsnicie nefericită şi aflată într-o relaţie cu un bărbat căsătorit, era convinsă că nu are altă variantă decât alegerea între cele două relaţii, ambele indezirabile. Clientei nu-i trecea prin minte că mai are şi alte alternative pentru a se simţi bine: să găsească un bărbat liber, să-şi petreacă timpul cu prietenii sau să se înscrie la un curs post-universitar.

Terapeutul va ajuta clientul să analizeze alte alternative, explicându-i avantajele renunţării la stilul de gândire „totul sau nimic" şi precizându-i beneficiile şi costurile fiecărei variante.

Termenii în care se exprimă falsele alternative sunt următorii:

„Trebuie neapărat să aleg între două locuri de muncă, doi parteneri, două facultăţi ...etc".

„Trebuie să realizez acest lucru acum sau niciodată".

„Trebuie neapărat să păstrez acest serviciu pentru că nu voi mai găsi niciodată altul" etc.

6. *Strategia reducerii la absurd*

Una dintre cele mai eficiente tehnici de contraargumentare este strategia reducerii la absurd, ca în exemplu de mai jos.

Unii oameni care comit erori sunt proşti.

Eu am comis o eroare.

Înseamnă că sunt un prost!

Prezentăm în cele ce urmează un fragment din cadrul dialogului terapeutic.

Terapeutul: Ai afirmat că doreşti să mori pentru că te simţi lipsită de valoare.

Marta: Nimic nu îmi iese cum trebuie.

T: Ce înţelegi prin persoană lipsită de valoare?

M: Cineva care nu a avut prea multe realizări.

T: Ce înţelegi prin asta?

M: Este vorba de o persoană care nu a avut prea multe succese şi nu a acumulat averi.

T: Consideri că persoanele care nu au succese şi nu sunt bogate sunt lipsite de valoare?

M: Cred că da.

T: Mergând mai departe pe linia raţionamentului tău putem considera că persoanele lipsite de valoare nu merită să trăiască?

M: Da; pare cam dură afirmaţia.

T: Atunci am putea concluziona că cei care nu au succes şi nu sunt bogaţi ar trebui ucişi?

M: Nu aş merge atât de departe.

T: De ce nu? Spartanii îi ucideau pe cei bolnavi sau handicapaţi.

M: Ar fi inuman să procedăm astfel.

T: Atunci de ce nutreşti o atitudine atât de inumană faţă de propria persoană?

7. *Combaterea logicii afective*

O trăsătură caracteristică a pacienţilor depresivi şi anxioşi o reprezintă evaluarea realităţii prin prisma propriilor trăiri emoţionale, după modelul:

„dacă mă simt speriat, înseamnă că situaţia prezintă pericol".

Finucane, Alhakami, Slovie şi Johnson (2000) au demonstrat experimental faptul că o creştere a activării anxioase conduce la o supraestimare a pericolelor.

Dialogul dintre terapeut şi client se desfăşoară astfel:

Terapeutul: Ai afirmat că te simţi foarte speriat că trebuie să zbori cu avionul până la Viena. Descrie sentimentele pe care le trăieşti.

Lucian: Tremur tot timpul, nu mă gândesc decât la faptul că mâine voi călători cu avionul şi că acesta se poate prăbuşi. Mă simt încordat, transpir şi nu pot să dorm.

T: Ce îţi spui în gând atunci când te simţi atât de încordat?

L: Îmi spun că trebuie să fie foarte periculos să zbori cu avionul.

T: Se pare că utilizezi teama şi supraîncordarea ta drept dovezi ale faptului că este periculos să zbori cu avionul.

L: Da, atunci când mă simt speriat sau încordat, cred că se va întâmpla ceva rău.

T: Chiar crezi că temerile tale sunt dovezi ale faptului că vei trăi o experienţă negativă?

L: Nu, dar aşa simt.

T: Ce ar fi să ignori modul în care te simţi şi să te întrebi care sunt dovezile incontestabile că zborul de mâine va fi extrem de periculos.

L: De fapt nu am nici o dovadă reală.

8. *Combaterea argumentărilor bazate pe autoritate*

Frecvent oamenii argumentează un anumit lucru invocând fie autoritatea („mama mea spunea..."; „şeful spunea..."), convenţiile sociale („toată lumea face aşa") sau particularităţile unei persoane („el spune asta pentru că este un mizerabil!").

Astfel de argumentări nu demonstrează faptul că un anumit lucru este adevărat, logic, dezirabil, practic sau moral.

Prezentăm, mai jos, un fragment din cadrul dialogului terapeutic:

Terapeutul: Afirmi că îţi este ruşine pentru că eşti prea grasă; de ce?

Andreea: Celorlalţi nu le plac oamenii graşi!

T: Tuturor?

A: Nu chiar, dar mama mea mă critica tot timpul, băieţilor le plac fetele foarte slabe, fotomodelele sunt slabe.

T: Să înţeleg că îţi bazezi argumentarea pe autoritatea mamei, pe ceea ce spun colegele sau pe clişeele lansate în media. Ai auzit cumva de Galileo Galilei?

A: Evident, a fost un savant.

T: El a fost condamnat de Biserica Catolică pentru că a spus că pământul nu se află în centrul sistemului solar, este rotund şi se învârteşte. Cine a avut dreptate?

A: Evident, Galileo Galilei, dar acest lucru nu este valabil pentru mine. Eu chiar sunt supraponderală.

T: Ce greutate ai?

A: 64 de kilograme la 1,73 înălţime.

T: Din punct de vedere medical te situezi în limite normale. Te simţi ruşinată pentru că ai fost criticată de mama ta şi ai dorit neapărat să arăţi ca un manechin.

Viaţa reală a dovedit că nu totdeauna manechinele sunt cele mai apreciate şi dorite femei.

Poate ar fi mai bine să fii tu însăţi, să-ţi elaborezi un stil personal care să te avantajeze.

Alte strategii cognitiv-comportamentale

Gândurile negative automate pot fi parţial adevărate. O persoană poate face greşeli sau poate să nu obţină note suficient de mari, iar aceste situaţii sunt privite de subiect ca fiind mari catastrofe.

Strategiile cognitive utilizate în astfel de cazuri au rolul de a contribui la schimbarea perspectivei din care sunt privite evenimentele.

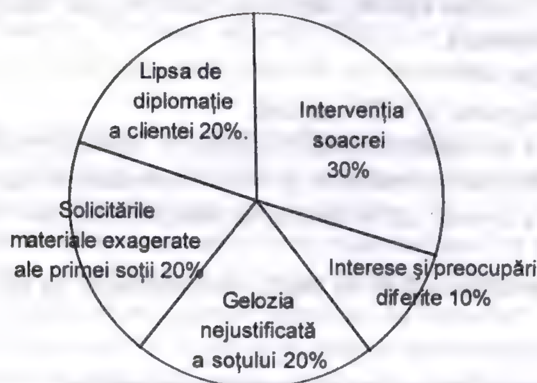
1. *Tehnica diagramelor*

Atunci când se produce un eveniment negativ, clienţii înclinaţi spre depresie au tendinţa de a se învinovăţi în proporţie de 100%, de apariţia situaţiei respective, având tendinţa de a personaliza cauzele evenimentului şi de a-l aborda în termenii „totul sau nimic". O clientă care a divorţat consideră că numai ea poartă vina separării, iar un tânăr ce nu reuşea să-şi găsească un serviciu se învinovăţea în totalitate de acest lucru.

Strategia terapeutică presupune alcătuirea unei diagrame în care clientul trebuie să stabilească – în procente – diferitele cauze sau responsabilităţi pentru producerea unui eveniment.

O femeie care se considera pe deplin vinovată de divorţ a fost sfătuită să stabilească şi alte cauze posibile pentru situaţia creată.

- Intervenţia soacrei 30%
- Interese şi preocupări diferite 10%
- Gelozia nejustificată a soţului 20%
- Solicitările materiale exagerate ale primei soţii 20%
- Lipsa de diplomaţie a clientei 20%.



În cazul clienților care se învinovățesc exagerat de mult, terapeutul le poate cere să joace rolul avocatului apărării care trebuie să identifice motive pentru care subiectul este mai puțin vinovat (Leahy, 2003, p. 192).

2. *Tehnica scalei gradate*

Clienții depresivi au o manieră de gândire dihotomică de tipul „totul sau nimic".

O clientă care era convinsă de faptul că nimeni nu o agrează a fost solicitată să-și plaseze rudele, cunoștințele și prietenii pe o scală de la 0 la 100 în care:

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Mă urăsc din tot sufletul — Mă iubesc foarte mult

Instructajul administrat clientului poate îmbrăca următoarea formă:

„Ai afirmat că faptul că ai căzut la licență este un eveniment îngrozitor. Te rog să plasezi evenimentul pe o scală de la 0 la 100, în care 0 înseamnă că nu s-a întâmplat nimic rău, iar 100 un eveniment extrem de rău, cum ar fi, de exemplu, războiul din Irak.

0 ________________ 60 ________________ 100
Nici un eveniment negativ — Eșecul la licență — Războiul din Irak

3. *Tehnica standardelor duble* (Leahy, 2003, p. 195)

Majoritatea oamenilor tind să fie mai raționali și mai obiectivi atunci când îi evaluează pe ceilalți.

În astfel de cazuri, terapeutul va trebui să solicite clientul să examineze implicațiile aplicării propriilor standarde asupra altor persoane.

Astfel, de pildă, o clientă care se considera o ratată pentru că relația ei de cuplu nu a funcționat a fost întrebată dacă ar spune același lucru și despre prietena ei în cazul în care ar avea probleme similare.

Întrebările pe care trebuie să i le adreseze terapeutul sunt: „de ce trebuie să fii mai severă cu tine decât cu ceilalţi?" sau „cum te-ar judeca prietena ta în situaţia dată"?

4. *Modificarea perspectivei*

Clientului i se cere să examineze situaţia în care se află şi în care se simte prins într-o capcană, dintr-o altă perspectivă, ca şi cum ar privi-o de undeva de sus.

Exerciţiul dă rezultate foarte bune dacă se realizează în stare de relaxare.

(Se presupune faptul că subiectul stăpâneşte deja o tehnică de relaxare cum ar fi antrenamentul autogen al lui Schultz sau relaxarea progresivă a lui Jackobson).

Prezentare de caz

Marian şi Camelia, economişti cu funcţii de răspundere la două mari bănci, căsătoriţi de curând, au început să se certe pornind de la treburile gospodăreşti.

Terapeutul: Tu şi soţia ta lucraţi foarte mult la serviciu şi sunteţi de acord să vă ajutaţi unul pe celălalt în gospodărie. Să examinăm de ce te-ai enervat atât de tare când Camelia te-a rugat să duci gunoiul.

Marian: Nu m-a rugat, ci mi-a dat ordin!

T: Ce ţi-a trecut prin minte atunci?

M: Că nu mă iubeşte şi nu mă respectă.

T: Şi cum ai reacţionat?

M: Am făcut o criză de nervi, am ţipat la ea.

T: Uneori suntem prinşi de situaţie ca într-o capcană şi ne este greu să vedem lucrurile din altă perspectivă. Închide ochii, ia o poziţie comodă şi lasă corpul foarte relaxat, aşa cum ai învăţat. Relaxează toţi muşchii începând cu muşchii frunţii, obrajii, maxilarele... gâtul, ceafa, umerii. Relaxează braţele, toracele, abdomenul, spatele, picioarele. Simţi tot corpul relaxat şi liniştit. Braţele tale devin grele, tot mai grele, grele ca de plumb... picioarele devin şi ele grele, foarte grele, grele ca de plumb... Întregul corp este relaxat destins şi liniştit... Caută să-ţi imaginezi acum că priveşti situaţia de undeva de sus, ca de la un balcon şi te vezi în bucătărie împreună cu Camelia. Observi şi auzi totul cât se poate de bine.

Descrie evenimentele pe care le observi.

M: Camelia a pregătit cina, a pus rufele în maşina de spălat, a făcut curat în bucătărie. Eu stăteam pe un fotoliu şi păream cam prost dispus.

T: Ce s-a întâmplat mai departe?

M: Camelia a terminat de strâns în bucătărie, a pus masa şi mi-a spus: sper că nu uiţi să duci gunoiul!

T: De acolo de sus cum apreciezi situaţia?

M: Cred că s-a comportat normal. Oricum, ea a muncit mult mai mult decât mine. Cred că reacţia mea a fost disproporţionată.

5. *Evaluarea experienţei altora*

Clientului i se va cere să analizeze maniera în care alte persoane au făcut faţă unor traume similare (pierdere, conflict, despărţire etc.) şi să „descopere secretul acestora".

Se poate sugera clienţilor perfecţionişti să observe alţi subiecţi care au obţinut performanţe inferioare lor şi care se simt liniştiţi şi mulţumiţi.

Prezentăm, mai jos, un fragment din cadrul dialogului terapeutic:

Terapeutul: Te simţi deprimat şi lipsit de valoare pentru că nu ai câştigat atât cât ţi-ai propus. Ai colegi sau prieteni care câştigă mai puţin?

Matei: Mulţi economişti câştigă mai puţin decât mine, dar eu îmi propun să câştig şi mai mult decât câştig acum.

T: Cam câţi specialişti din domeniul tău câştigă mai puţin decât tine.

M: Aproape toţi colegii mei.

T: Poţi să-mi spui ceva despre ei? Par ei deprimaţi sau au şi experienţe pozitive în viaţă?

M: Vasile câştigă jumătate din cât câştig eu, deşi a terminat facultatea cu mult înaintea mea. Este vesel, face sport, are o soţie frumoasă, doi copii reuşiţi, şi un apartament cochet. Are un tonus bun şi nu se plânge de nimic.

T: Cum reuşeşte el aceste lucruri, dacă câştigă mult mai puţin.

M: Nu are aşteptări atât de înalte.

T: Poate că ai avea de învăţat de la Vasile cum poţi să-ţi trăieşti viaţa.

M: Cred că ar trebui să am mai mult umor şi să mă bucur mai mult de ceea ce am.

6. *Strategia diversificării criteriilor* (Leahy 2003, p. 206)

Majoritatea oamenilor au tendinţa de a se aprecia pe ei înşişi sau pe ceilalţi după un singur criteriu, neglijând celelalte aspecte.

Terapeutul îl va ghida pe client să diversifice criteriile după care evaluează o anumită situaţie.

Cosmin, manager la o mare firmă, a devenit foarte deprimat deoarece nu a vorbit suficient de bine în cursul unei şedinţe.

Dialogul terapeutic va decurge astfel:

Terapeutul: Ai afirmat că te-ai simţit un ratat pentru că ai avut unele ezitări când ţi-ai prezentat raportul. Cât a durat şedinţa?

Cosmin: Aproape două ore.

T: De câte ori ai luat cuvântul?

C: Cred că de 5 ori.

T: Care crezi că ar fi criteriile după care am putea evalua performanţa unui vorbitor în timpul unei şedinţe?

C: Să nu întârzie, să dispună de informaţiile necesare, să se facă înţeles, să-i convingă pe ceilalţi, să obţină semnarea unui contract etc.

T: Crezi că ai îndeplinit toate aceste criterii?

C: Cred că da.

T: Se pare că atunci când te-ai concentrat pe micile ezitări în vorbire, nu ai avut în vedere şi celelalte criterii după care îţi poţi evalua performanţa. Ar fi bine să extinzi aria criteriilor după care te apreciezi pe tine şi pe ceilalţi.

7. *Reetichetarea*

(Identificarea unor aspecte pozitive şi a unor noi sensuri care pot fi desprinse în urma trăirii unor experienţe traumatizante.)

Conflictele, eşecurile şi pierderile reprezintă experienţe de viaţă cu caracter inevitabil.

Deşi acestea sunt trăite dramatic de către subiecţi, ele presupun activarea unor resurse adaptative, semnificative şi pot fi privite ca noi posibilităţi în urma cărora subiectul câştigă experienţă şi evoluează în plan spiritual.

O clientă care tocmai a divorţat se poate simţi deprimată pentru că a pierdut o relaţie apropiată şi stabilitatea în viaţă, dar noua situaţie îi poate deschide noi perspective:

- îşi poate redefini un nou sistem de norme şi valori;
- poate progresa în plan profesional;
- poate găsi un nou partener mai potrivit;
- poate petrece mai mult timp împreună cu prietenii etc.

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul dialogului terapeutic.

Terapeutul: Andreea, te simţi tristă şi sfâşiată pe dinăuntru de când te-ai despărţit de Alexandru?

Andreea: Mă gândesc că nu voi mai fi în stare să iubesc pe nimeni.

T: Se pare că pentru tine este important să ai o relaţie de dragoste profundă şi autentică.

A: Da, deşi am mulţi prieteni şi îmi merge foarte bine la serviciu. Mă simt însă mult mai bine atunci când am pe cineva drag alături.

T: Este greu să nu mai ai acele lucruri pe care ţi le doreşti. Durerea pe care o încerci trebuie să-ţi spună multe despre cine eşti tu ca persoană. Ce crezi că îţi spune?

A: Îmi spune că am nevoie de multă dragoste în viaţă.

T: Ce ar fi să vedem ce este bun în asta, chiar dacă experienţa este dureroasă?

A: Îmi doresc o relaţie semnificativă cu o persoană deosebită pe care să o iubesc.

T: Faptul că eşti capabilă de dragoste şi de dăruire reprezintă o parte bună a fiinţei tale pe care nu dorim să o schimbăm.

A: Desigur, dar cum voi mai putea găsi pe cineva dacă mă simt atât de deprimată?

T: Poate că nu este momentul acum, dar nu trebuie să uiți că a avea o relație autentică și caldă cu o persoană deosebită reprezintă o valoare importantă pentru tine.

A: Dar mă simt atât de singură!

T: Probabil că această singurătate îți va reaminti că ai foarte multe de dăruit. Poate că dragostea și generozitatea ta ar putea fi îndreptată pentru un timp și către propria ta persoană.

A: Da, nu m-am gândit la asta.

Abordarea terapeutică a schemelor cognitive

Beck a explicat tulburările psihopatologice prin prisma schemelor cognitive care reprezintă modele de gândire, habituale, generalizate, formate în copilărie și care sunt factori de vulnerabilitate față de evenimentele existenței (Beck, 1976, Beck et al, 1978).

Schemele de tip depresiv se referă o pierdere, eșec, respingere, cele anxioase conțin elemente legate de pericole posibile, pe când cele bazate pe ostilitate includ concepte referitoare la umilință și dominare.

Beck, Freeman și colaboratorii (1990) și Young și Flanangan (1998), stabilesc scheme cognitive specifice fiecărui tip de tulburare de personalitate. Astfel, tulburarea de personalitate evitantă cuprinde scheme referitoare la inadecvare, iar personalitatea narcisică are la bază scheme care îndeamnă subiectul să dorească onoruri și un statut special.

Strategiile de evidențiere și modificare a schemelor cognitive sunt următoarele (Leahy, 2003, p. 224):

1. *Identificarea schemelor cognitive*

Vulnerabilitatea față de depresie, anxietate sau ostilitate are la bază convingerile disfuncționale pe care le nutrește individul în legătură cu propria persoană, cu lumea înconjurătoare și cu ceilalți.

Aceste convingeri se referă la credința că subiectul este vulnerabil, inadecvat în plan social, incompetent, neajutorat, cu nevoie de ajutor, sau dimpotrivă, special sau suficient lui însuși.

Young (1990) identifică următoarele modele de scheme cognitive:

- de dependență;
- supunere;
- vulnerabilitate;
- de teamă de pierdere a autocontrolului;
- de deprivare emoțională;

- de abandon;
- de neîncredere;
- de incapacitate;
- de indezirabilitate socială;
- de vinovăție;
- de rușine;
- de standarde nerealiste;
- de investitură.

Modalitatea de identificare a schemei cognitive de bază presupune fie utilizarea strategiei săgeții verticale, fie observarea constantelor în maniera în care individul se vede pe sine și pe ceilalți.

Dialogul terapeutic va îmbrăca următoarea formă în cazul utilizării strategiei săgeții verticale:

Terapeutul: Afirmi că nu arăți așa cum ți-ai dori și că îți găsești tot felul de imperfecțiuni.

Ioana: Am riduri, cred că arăt mai în vârstă decât sunt.

T: Și ce înseamnă pentru tine faptul că arăți mai în vârstă?

I: Înseamnă că nu sunt atrăgătoare.

T: Și dacă acest lucru ar fi adevărat, ce ar fi?

I: Prietenul meu nu mă va mai iubi.

T: Și dacă se va întâmpla acest lucru, ce ar însemna asta pentru tine?

I: Că voi rămâne singură și că viața mea ar deveni de nesuportat.

T: Tu gândești că dacă arăți mai în vârstă vei fi neatrăgătoare, vei fi abandonată de prieten și vei sfârși în singurătate?

I: Da, chiar așa cred.

T: De ce te vei simți îngrozitor dacă nu vei avea un partener?

I: Nu cred că pot fi fericită de una singură.

T: Asta înseamnă că tu consideri că existența nu poate fi satisfăcătoare în singurătate.

I: Da.

Clienta își formase scheme cognitive legate de faptul că este neatrăgătoare, că va fi abandonată, că nu va putea fi fericită în singurătate și că bărbații nu valorizează decât aspectul fizic.

Urmărirea constantelor în maniera în care clientul se percepe pe sine și pe ceilalți:

Terapeutul: Mi-ai spus că în relațiile cu bărbații te-ai situat totdeauna pe o poziție inferioară; fostul soț te-a tratat ca pe o servitoare și nu ți-a arătat niciodată că ține la tine, actualul prieten profită de pe urma ta, iar tatăl tău te maltratează fizic.

Marina: Da, bărbații se poartă cu mine de parcă aș fi un nimic!

T: Dar cum te vezi tu pe tine în cadrul acestor relații?

M: Cred că sunt o persoană căreia nimeni nu-i satisface nevoile.

T: Ce îți trece prin minte atunci când gândești astfel?

M: Consider că sunt o persoană ale cărei nevoi nu sunt importante.

T: Dar despre tine ce crezi?

M: Că nu sunt o persoană importantă.

T: De ce crezi că nu ești o persoană importantă?

M: Pentru că sunt grasă și nu am fost la fel de frumoasă ca sora mea mai mare. Cine ar putea iubi o ființă grasă și urâtă?

T: Consideri că nu meriți să fii iubită și poate din acest motiv intri în relații cu bărbați care nu îți satisfac dorințele.

M: Da, parcă se potrivește cu mine ceea ce îmi spuneți.

T: Se potrivește cu convingerile negative pe care le ai despre tine: „sunt grasă, urâtă, nu merit să fiu iubită; dorințele mele nu contează, bărbații nu țin seama de ele și acest lucru îmi confirmă convingerile". Nu crezi că este vorba de o profeție autoîndeplinită?

M: Da, se întâmplă mereu același lucru.

T: Părerea ta despre tine că ești urâtă, grasă și că nu meriți să fii iubită, face parte din schema ta cognitivă referitoare la imaginea de sine. Această schemă este întărită de alegerile bărbaților pe care îi iei ca parteneri de viață.

2. *Explicarea manierei în care funcționează schemele cognitive de bază*

Terapeutul va explica pacientului maniera în care se structurează și se mențin schemele cognitive prin intermediul recepționării selective a informației, cât și prin evitarea cognitivă sau uitarea datelor care vin în contradicție cu schema cognitivă.

Persoanele preocupate de eșec se vor concentra cu precădere asupra dificultăților, greșelilor, comparându-se permanent cu ceilalți și „uitându-și" succesele.

Dialogul terapeutic decurge astfel:

Terapeutul: Vom încerca să aflăm astăzi care este schema cognitivă care te determină să vezi lucrurile într-un anumit fel și să te comporți așa cum te comporți.

Flaviu: Care credeți că este schema mea cognitivă?

T: Înainte de a o identifica, să vedem dacă ai înțeles corect modalitatea în care funcționează schemele cognitive. Să presupunem că schema ta ar fi bazată pe nevoia de apreciere, de tratament special; pe ce anume te-ai concentra?

F: Aș încerca să fac lucrurile mai bine decât ceilalți.

T: De acord, dar cum îți vei aprecia performanțele?

F. Cred mi-aș face griji că nu sunt totdeauna primul, m-aș teme de eșec.

T: Ți-ai spune în gând lucruri de genul următor: „fac oare ceilalți lucrurile mai bine decât mine?"; „ce va fi dacă voi greși?" etc.

F: Cred că da.

T: Te vei concentra, deci, pe performanţe înalte şi vei face mereu comparaţii. Ţi-ai spune în gând şi că „aş fi putut face lucrurile mai bine, aşa că aceasta nu contează!"

F: Da, nu m-aş preţui pentru realizările mele.

T: Vei prevedea mereu că vei greşi şi, dacă nu vei face un lucru extraordinar, te vei considera un ratat.

F: Da, aş fi un perfecţionist.

T: Analizându-ţi existenţa încă din copilărie îţi vei aminti cu precădere situaţiile în care nu ai fost cel mai bun, în care nu ai realizat lucruri deosebite; nu ai lua în considerare succesele obţinute şi ar prevedea faptul că nu vei reuşi aşa cum ţi-ai dorit.

Astfel funcţionează schemele cognitive.

3. Identificarea schemelor de compensare şi evitare.

Strategiile şi comportamentele compensatorii au în spatele lor scheme cognitive de tip negativ, cum ar fi:

Schemă cognitivă	*Strategie compensatorie*
Slab sub aspect fizic; lipsit de masculinitate.	Sport de performanţă; „body-building".
Neajutorare.	„Agăţarea" într-o relaţie neadecvată.
Eşec, persoana se consideră lipsită de valoare.	Acumulare de bunuri materiale.
Lipsă de atractivitate, consideră că nu merită să fie iubit.	Comportament seductiv.

Schemele de evitare îl determină pe individ să nu se expună acelor situaţii în care schemele cognitive ar putea fi activate. Astfel, un individ care se consideră neatrăgător şi crede că nu merită să fie iubit, va evita să se angajeze în relaţii cu sexul opus, iar o persoană cu teamă de eşec, va evita competiţiile.

Prezentăm, în cele ce urmează, un fragment din cadrul dialogului terapeutic.

Terapeutul: Ai afirmat că te preocupă faptul că nu mai arăţi la fel de bine ca la 25 de ani. Ce anume te îngrijorează?

Veronica (45 de ani): Am început să îmbătrânesc şi cum procesul va continua, voi deveni tot mai puţin atrăgătoare. Mi-au apărut riduri, am început să albesc.

T: Când te uiţi în oglindă observi unele imperfecţiuni. Din cauza lor te crezi neatrăgătoare?

V: Da, nu mai arăt ca înainte.

T: Te comporţi cumva diferit din cauza aceasta?

V: Da, pierd foarte mult timp cu machiajul şi chiar m-am gândit să consult un specialist în chirurgie plastică pentru o eventuală intervenţie.

T: Ai tendinţa de a evita unele situaţii din cauza faptului că te consideri neatrăgătoare?

V: Evit să stau la lumină puternică pentru a nu mi se vedea ridurile, evit să merg la petreceri unde vin femei mai tinere decât mine.

T: Dacă nu mergi la petreceri, eviţi să te simţi neatrăgătoare?

V: Da.

T: Când ţi-a venit pentru prima oară gândul că nu eşti atrăgătoare?

V: În adolescenţă, când eram prea grasă şi colegii râdeau de mine.

T: Cum ai procedat atunci?

V: M-am înscris la gimnastică aerobică, am ţinut regim, m-am îmbrăcat frumos şi băieţii au început să-mi facă curte, dar cu toate acestea m-am simţit totdeauna „urâtă pe dinăuntru".

T: Acest sentiment care te făcea să te simţi „urâtă pe dinăuntru" te-a determinat să te comporţi într-un anumit fel?

V: Da, deşi nu am mai povestit asta nimănui. Am fost solistă în cadrul unui ansamblu de dansuri moderne şi asta mă ajuta să mă simt frumoasă, puternică şi admirată de bărbaţi.

4. *Motivarea clientului pentru modificarea schemelor cognitive de bază*

Schemele cognitive timpurii sunt foarte rezistente la schimbare (Beck, 1976, Beck et al, 1990, Leahy 2001 b, Young, 1990), clienţii punând în funcţiune o serie de mecanisme pentru evitarea acesteia, cum ar fi evitarea cognitivă şi emoţională, compensarea sau comportamentul de evitare a activării schemei.

Registrele de schimbare se pot manifesta sub forma incapacităţii de a-şi reaminti date importante, disociere, evitarea terapiei, lipsa de complianţă faţă de temele pentru acasă, sau provocarea terapeutului.

Aşa cum am mai subliniat, aceste scheme cognitive sunt rigide, persistente, generalizate şi au fost întărite de-a lungul timpului prin expunerea şi procesarea selectivă a informaţiilor.

Unii pacienţi sunt de părere că schemele lor cognitive referitoare la propria persoană şi la ceilalţi sunt corecte, deşi le crează multă suferinţă şi că tentativa de a le modifica îi va lăsa descoperiţi, fără strategii adaptative. Alţi pacienţi consideră că procesul modificării schemelor cognitive va fi dureros şi îndelungat şi nu va avea nici un rezultat.

Terapeutul cognitivist va trebui să-i asigure de faptul că nu este vorba de un demers psihanalitic de sondare a inconştientului, ci de unul simplificat, pragmatic, de scurtă durată, în cadrul căruia schemele cognitive vor fi abordate la fel ca şi gândurile negative automate, fiind verificat în practică gradul lor de veridicitate.

Motivaţia pacientului pentru schimbarea schemelor cognitive va fi discutată deschis cu acesta.

Vor fi examinate beneficiile şi costurile procesului de modificare a schemelor cognitive, clientul fiind dirijat să-şi adreseze întrebări de tipul următor:

„Cum va arăta existenţa ta după modificarea acestor scheme cognitive?",

„Cum se vor ameliora relaţiile tale cu ceilalţi, activitatea profesională, încrederea în sine, sau alte aspecte ale vieţii tale după ce nu vei mai nutri aceste convingeri disfuncţionale cu privire la tine şi la ceilalţi?"

5. *Identificarea amintirilor trecute care reprezintă surse ale schemelor cognitive timpurii*

Pentru a reuşi să se detaşeze de schemele disfuncţionale timpurii, clienţii vor fi ajutaţi de către terapeut să examineze originile acestora în cadrul interacţiunilor cu persoane semnificative, interacţiuni care au avut loc în copilărie şi adolescenţă.

De exemplu, clienta care se considera grasă şi urâtă va trebui să-şi amintească de unde a învăţat să se evalueze negativ: a fost criticată de mama sa, a fost ridiculizată de fraţi, sau de colegii de clasă, au existat discuţii exagerate legate de aspectul fizic în familia de origine etc.

Amintirile uitate vor fi actualizate cu ajutorul unor întrebări de tipul următor:

„Faptul că te etichetezi într-un anumit fel (prost, lipsit de valoare, urât) îţi aminteşte de ceva care s-a petrecut în copilărie?"

De asemenea, clientul poate fi solicitat să evoce o stare afectivă (depresie, culpabilitate) şi să identifice imaginile legate de starea respectivă.

„Poţi să-ţi aminteşti când ai trăit pentru prima oară starea respectivă?, Ce imagini îţi vin în minte?"

Pe măsură ce clientul îşi aminteşte diverse scene, terapeutul va solicita detalii suplimentare referitoare la gânduri şi stările afective trăite.

Dialogul dintre terapeut şi client va decurge astfel:

Terapeutul: Nutreşti gândul că eşti o persoană neajutorată. Aceasta pare să reprezinte una din schemele tale cognitive de bază. Închide ochii, relaxează-te şi caută să te concentrezi asupra gândului: „Sunt o fiinţă neajutorată, care nu este în stare de nimic" şi observă ce stare emoţională te cuprinde.

Liliana (relaxată şi cu ochii închişi): Parcă sunt paralizată, nu-mi pot mişca trupul.

T: Poţi identifica vreo imagine care îţi apare în minte atunci când te simţi neajutorată şi parcă paralizată.

L: Îmi aduc aminte că eram mică, de vreo patru ani, şi am traversat sufrageria unde era lumina stinsă şi dintr-o dată m-am oprit împietrită de spaimă şi mi-am spus în gând că nu găsesc ieşirea şi că trebuie să vină mama să mă ia.

O modalitate eficientă de reducere a efectelor negative a situaţiilor stresante din copilărie o reprezintă retrăirea acestora în stare de transă hipnotică, sub

îndrumarea terapeutului, urmată de strategia reetichetării, prin intermediul căreia clientul va identifica aspectele pozitive (învăţămintele) care pot fi identificate în experienţa respectivă.

6. *Combaterea şi modificarea convingerilor disfuncţionale de bază (scheme cognitive)*

Odată identificată schema cognitivă de bază, terapeutul îl va dirija pe client să o combată utilizând toate strategiile specifice terapiei cognitive, cum ar fi: identificarea distorsionărilor cognitive, definirea termenilor, analiza beneficiilor şi costurilor, verificarea dovezilor, strategia „avocatului apărării", strategia săgeţii verticale, experimentele în sfera comportamentală etc.

Prezentăm mai jos, un fragment din cadrul dialogului terapeutic:

Terapeutul: Monica, schema cognitivă de bază se referă la faptul ca eşti proastă şi incompetentă. Nu reprezintă oare acestea cuvintele mamei tale?

Monica: Da, ea mă eticheta totdeauna ca fiind o proastă.

T: Să analizăm termenul de „prost"; ce înseamnă aceasta pentru tine.

M: Ori de câte ori trebuia să dau un examen, mă temeam că nu o să-l iau.

T: Mai ai de dat vreun examen?

M: Da, peste câteva zile dau licenţa.

T: Ce gânduri îţi vin în minte în legătură cu aceasta?

M: Cred că voi cădea pentru că nu am parcurs toată materia.

T: Şi dacă nu stăpâneşti toată materia atunci...

M: Voi cădea.

T: Şi ce va însemna acest lucru pentru tine?

M: Că este adevărat că sunt o proastă!

T: Apreciază pe o scală gradată de la 0 la 100. Cât de mult crezi în acest gând?

M: Cred în proporţie de 85%

T: Ce simţi atunci când îţi trece prin cap gândul: „este posibil să cad la examen şi asta înseamnă că sunt o proastă?"

M: Mă simt foarte speriată şi ruşinată.

T: Cât de speriată? Apreciază pe scala de la 0 la 100.

M: 90%.

T: Bine, dar care crezi că ar fi costurile aprecierii tale că eşti o proastă?

M: Sunt foarte tensionată înainte de examen, nu mă pot concentra şi nu pot dormi.

T: Prezintă acest gând şi unele avantaje pentru tine?

M: Cred că da. Mă străduiesc mai mult să învăţ.

T: Ai vreo dovadă a faptului că te străduieşti mai mult să te pregăteşti?

M: Uneori, dar de cele mai multe ori, nu mă pot concentra şi amân învăţatul sau chiar renunţ să mă prezint la examen.

T: După câte înţeleg mai apar şi alte dezanvantaje sau costuri ale gândului că eşti proastă. Ai mai afirmat şi că nu ai parcurs toată materia şi asta reprezintă o dovadă a faptului că vei cădea la examen, nu-i aşa?

M: Da, aşa cred.

T: Ceilalţi colegi au parcurs întreg materialul bibliografic?

M: Nu cred. Mulţi dintre colegii mei nu au învăţat aproape nimic.

T: Convingerea ta care sună astfel: „dacă nu ştiu totul, voi cădea la examen", nu este cumva una de tip perfecţionist?

M: Ba da, dar de cele mai multe ori aşa cred.

T: Mă întreb dacă nu există vreo dovadă că poţi promova examenul fără să ştii chiar totul. Să analizăm acum mai bine termenul de „prost"; cum îl defineşti?

M: O persoană care nu ştie multe lucruri, care nu are rezultate bune.

T: Care este opusul termenului „prost"?

M: Strălucit, cineva care ştie totul.

T: Se pare că nu identifici decât doi poli pe un continuu care este reprezentat de inteligenţă: prost şi strălucit.

M: Da, cred că gândesc în termenii „tot sau nimic".

T: Nu ai putea identifica şi alte nivele ale inteligenţei în cadrul acestui continuu?

M: Inteligenţă inferioară, medie, ridicată şi foarte ridicată.

T: Şi se potrivesc aceste aprecieri cumva?

M: Depinde de ceea ce mi se cere să fac. La unele sarcini sunt medie, la altele peste medie şi uneori sunt chiar isteaţă.

T: Şi cum rămâne cu ideea că eşti o proastă dacă nu ştii totul la examen?

M: Cred că am exagerat. Nu trebuie să ştiu chiar totul, nimeni nu este în stare de asta.

T: Dacă prietena ta Andra ţi-ar spune că va pica examenul pentru că nu cunoaşte absolut toată materia ce i-ai spune?

M: (râde) I-aş spune că este inteligentă, că a luat majoritatea examenelor cu 9 şi 10, că nimeni nu ştie totul şi că un examen reprezintă doar o treaptă în pregătirea profesională.

T: Ce motive ai să-ţi aplici ţie un anumit standard şi prietenei tale un altul?

M: Aşa am procedat totdeauna, dar nu cred că este corect.

T: Mai consideri că eşti „o proastă"?

M: Nu.

T: De unde ştii că nu eşti?

M: Am terminat liceul ca şefă de promoţie şi în trei ani de facultate am avut doar patru note de 9, restul 10. Nu sunt genială, dar nici proastă.

7. *Formarea unor noi scheme cognitive cu caracter adaptativ*

Realitatea clinică a demonstrat faptul că majoritatea clienţilor dispun de mai multe scheme cognitive disfuncţionale şi, din acest motiv, noua schemă adaptativă

trebuie să țină seama de toate aceste aspecte, având în același timp un caracter flexibil. Termenii în care va fi formulată aceasta trebuie să fie de tipul: uneori, adesea etc.

Dialogul terapeutic va arăta astfel:

Terapeutul: Te-ai considerat proastă sau incapabilă pentru că mama ta te-a critica adesea în copilărie, folosind acești termeni. În urma discuțiilor noastre, ce schemă ți-ai format în legătură cu tine?

Monica: Sunt o fată inteligentă, cu multe realizări.

T: Care este dovada faptului că ești inteligentă?

M: Am terminat liceul ca șefă de promoție am numai note bune în facultate (doar câteva note de 9, restul 10) lucrez în vacanțe ca interpretă de limba engleză, știu bine să lucrez la calculator și sunt instructoare de gimnastică aerobică.

T: Ce anume vei face de-acum înainte având această nouă părere despre tine?

M: Voi aplica la o bursă pentru doctorat în Statele Unite, voi fi și mai atentă la modul în care mă îmbrac și voi renunța la prietenia cu Relu care nu are studii superioare și care mă „trage" în jos.

8. *Strategia „scaunului gol"*

Inspirată din terapiile de orientare experiențială, tehnica „scanului gol" poate fi utilizată pentru a-l ajuta pe client să se detașeze emoțional de amintirile psihotraumatizante care au contribuit la apariția schemelor cognitive disfuncționale. Tehnica presupune un joc de rol în care clientul va combate argumentele sursei care a produs schema cognitivă, ca în exemplul de mai jos:

Terapeutul: Amintește-ți cum mama ta te făcea egoistă atunci când plângeai și îți doreai ceva.

Diana: Da, ea m-a făcut să cred că dorințele mele nu contează.

T: Închide ochii, relaxează-te și imaginează-ți că mama ta se află așezată pe acest scaun. Spune-i ce crezi acum că ți-a făcut. Desigur nu poți să dai timpul înapoi, dar explică-i faptul că a greșit.

D: Tu ai fost egoistă, nu eu. Dacă ai fi fost o mamă adevărată, ar fi trebuit să-mi arăți că sunt iubită, în timp ce tu ai fost atât de preocupată de problemele tale profesionale încât nu mi-ai dat nici o atenție.

T: Spune-i mamei de ce nu ești egoistă.

D: Nu sunt de loc egoistă. În primul rând am avut grijă de tine când te-ai îmbolnăvit. Când eram mică te ajutam în gospodărie, aveam grijă de Raluca, sora mea mai mică. Acum am grijă de soț și de copil, dau meditații la un preț foarte mic elevilor săraci și am grijă și de mătușa Valentina la care merg o dată pe săptămână să-i duc mâncare și să-i fac curățenie.

T: Spune-i mamei ce ai simțit față de ea.

D: M-am simțit frustrată și lovită. Nu am avut nici un sprijin din partea ta!

T: Spune-i ce crezi că se va petrece în viitor.

D: Nu vei mai putea să mă loveşti de-acum încolo, pentru că nu voi mai pune nici un preţ pe ceea ce spui despre mine.

Tehnici de procesare emoţională

Deşi terapia cognitiv-comportamentală accentuează importanţa gândurilor şi convingerilor în apariţia stărilor afective negative, autori de dată mai recentă au început să acorde o atenţie sporită şi tehnicilor de procesare emoţională (Gaspar et al, 2000, Greenberg şi Paivio, 1997, Greenberg şi Safran, 1987, Greenberg, Watson şi Goldman, 1998 şi Leahy, 2002, 2003).

Exerciţiile de procesare emoţională îşi au originea în terapiile de orientare umanistă.

Leahy (2003) ne prezintă câteva dintre acestea:

1. *Accesarea stărilor emoţionale*

Greenberg (2001) a pus la punct terapia focalizată pe emoţii pe care le consideră punct de plecare în cadrul demersului terapeutic şi despre care afirmă că ar avea un anumit conţinut cognitiv la care se referă specialiştii în terapie cognitiv-comportamentală. Autorul realizează distincţia dintre emoţia primară şi cea secundară care are un caracter manifest.

În cazul unui subiect emoţia secundară poate fi cea de mânie, în timp ce cea primară ar implica sentimente de frustrare. Acestui subiect îi este mai uşor să-şi exprime mânia, pentru că frustrarea exprimată deschis ar putea fi interpretată ca un semn de slăbiciune.

Acelaşi autor se referă la emoţiile cu caracter instrumental care au rolul de a declanşa anumite reacţii la ceilalţi (de pildă, o pacientă poate să plângă pentru a-i culpabiliza pe alţii în timp ce emoţia primară care stă la baza acestui comportament poate fi anxietatea).

Terapeutul va trebui să-l ajute pe client să identifice toate aceste nivele la care se desfăşoară reacţii emoţionale.

Aşa cum am mai subliniat, terapeutul cognitivist va fi interesat de accesarea emoţiilor pentru că acestea conţin în ele componente de natură cognitivă.

De asemenea, strategiile de identificare a emoţiilor pot fi utile şi pentru a facilita accesul la schemele cognitive disfuncţionale de bază care sunt puternic încărcate afectiv.

Studiu de caz

George, un jurist în vârstă de 28 de ani, tocmai s-a despărţit de prietena sa cu care a stat împreună aproape cinci ani.

Terapeutul: Afirmi că te simţi foarte deprimat. Mai ai şi alte stări emoţionale?

George: Nu ştiu exact, nu cred că pot să le definesc.

T: Ai cumva unele reacţii în plan somatic?

G: Simt o greutate în piept şi parcă îmi vine să plâng. Mai simt o presiune în zona abdominală şi am palpitaţii.

T: Închide ochii şi concentrează-te asupra zonei toracice. Spune-mi ce simţi?

G: O greutate insuportabilă, inima mea bate cu putere, parcă vrea să iasă din piept, îmi vine să plâng dar, evident, mă stăpânesc.

T: Simţi că îţi vine să plângi dar te stăpâneşti. Ce se întâmplă atunci?

G: Inima mea începe să bată tot mai tare.

T: Dacă ai plânge, cum te-ai simţi şi ce ai gândi?

G: Cred că m-aş simţi eliberat, dar aş gândi că îmi voi pierde controlul şi mă voi face de ruşine.

T: Şi ce vor însemna toate acestea pentru tine?

G: Voi avea o părere proastă despre mine.

T: Concentrează-te din nou asupra greutăţii din piept şi asupra senzaţiei că vei izbucni în plâns. Ce ar fi dacă nu te-ai mai controla şi ai lăsa emoţiile să se manifeste.

G: (îi dau lacrimile): Mă simt îngrozitor, vă rog să mă scuzaţi.

T: Îmi este clar ce simţi. Spune-mi ce gânduri îţi trec prin minte când te simţi astfel.

G: Nu pot trăi fără ea. Niciodată nu voi mai găsi o fată ca ea, voi rămâne singur toată viaţa. Aş dori ca ea să revină la mine.

T: Ce altceva mai simţi?

G: Pulsul foarte accelerat şi un puternic sentiment de jenă. Aş vrea să dispar, să mă ascund undeva.

T: De ce te simţi ruşinat?

G: Pentru că sunt atât de patetic, trist şi nu mă comport ca un bărbat adevărat.

T: Închide ochii şi concentrează-te din nou asupra sentimentului de tristeţe, asupra greutăţii din piept şi a dorinţei de a plânge. Imaginează-ţi un ecran alb şi observă ce formă îmbracă tristeţea ta.

G: Mă văd pe mine în cameră, întins în pat, singur, în întuneric şi nu-mi pot stăpâni lacrimile.

T: Ce stare trăieşti şi ce gânduri îţi vin în minte atunci când vizualizezi această imagine?

G: Voi rămâne pentru totdeauna singur şi „mi se rupe inima".

2. *Descărcarea grafică (ventilarea în scris)*

Pennebaker (1993) şi Pennebaker şi Beall (1986) au propus ca tehnică pentru descărcarea emoţională să i se sugereze pacientului să scrie în legătură cu evenimentele traumatizante care l-au afectat, acordând o atenţie deosebită semnificaţiei acestora, precum şi stărilor emoţionale pe care le-a trăit.

Deşi la început se constată o accentuare a trăirilor afective negative, treptat intensitatea acestora tinde să scadă.

3. *Identificarea schemelor emoţionale*

Clienţii au maniere diferite de a-şi conceptualiza emoţiile şi de a le face faţă. Astfel, un individ anxios poate nutri gânduri în legătură cu pericole potenţiale, în timp ce altul se poate simţi vinovat de faptul că simte anxietate.

Dialogul terapeutic va îmbrăca următoarea formă:

Terapeutul: Am observat faptul că eşti necăjit pentru că trăieşti o stare de teamă. Atunci când inima ta începe să bată foarte repede şi ai senzaţia că te sufoci, ce îţi trece prin minte?

Boby: Că îmi voi pierde controlul.

T: Ce faci pentru a evita pierderea controlului?

B: Îmi ţin respiraţia şi apoi inspir profund.

T: Nu cumva oprirea respiraţiei urmată de o inspiraţie profundă îţi produc o hiperventilaţie lăsându-ţi impresia că nu mai ai aer?

B: Nu ştiu, este posibil să se întâmple aşa?

T: O să verificăm asta mai târziu. Să revenim la emoţiile pe care le trăieşti. Ai afirmat că eşti supărat pentru că simţi teamă. Ce altceva îţi mai trece prin minte?

B: Că nu ar trebui să mă simt aşa. Sunt un bărbat raţional, care îşi doreşte să reuşească în viaţă.

T: Consideri că ar trebui să fii logic şi raţional, nu afectiv?

B: Da, nu chiar ca un robot, dar nici atât de emotiv.

T: Când te simţi astfel, ce alte gânduri îţi mai trec prin minte?

B: Ceea ce mi se întâmplă nu are sens. Nu mă ameninţă nimic, mă împac bine cu prietena mea şi am ajuns la o poziţie socială bună pentru vârsta mea. N-ar trebui să mă simt aşa.

T: Aşadar aceste emoţii nu au nici un sens pentru tine. Ce simţi atunci când vorbeşti despre ele?

B: Nu cred că mă poate înţelege cineva. Toţi cred că sunt un om puternic şi ar fi foarte surprinşi de asta. Poate ar crede că mi-am ieşit din minţi.

T: Tu crezi că trebuie să te debarasezi imediat de aceste emoţii şi de aceea îţi ţii respiraţia şi apoi inspiri profund. Consideri, de asemenea, că trebuie să fii raţional pentru că ceilalţi cred asta despre tine, că emoţiile tale nu au nici un sens atâta timp cât nu ţi se întâmplă nimic rău şi că ceilalţi te vor aprecia mai puţin dacă ar şti ce simţi. Se pare că te ruşinezi de stările afective trăite şi crezi că nimeni nu te-ar putea înţelege.

4. *Declanşarea procesării emoţionale*

Leahy (2000) ne prezintă o strategie prin intermediul căreia pot fi utilizate în scop terapeutic toate comportamentele schemelor emoţionale. De exemplu, un client

care afirmă că nu şi-ar putea accepta stările emoţionale, va fi dirijat de terapeut să examineze ce va fi dacă le va accepta.

Credinţele eronate legate de faptul că emoţiile trebuie reprimate nu fac decât să sporească natura intruzivă a acestora.

Prezentăm mai jos, un fragment din cadrul dialogului terapeutic.

Terapeutul: Paula, ai spus că te simţi ruşinată că te-ai îndrăgostit de Victor. De ce simţi asta?

Paula: Pentru că sunt prietenă de trei ani cu Gelu şi o femeie serioasă nu ar trebui să simtă aşa ceva.

T: Îţi spui în gând că o femeie serioasă nu ar trebui să aibă fantezii erotice faţă de alţi bărbaţi. Atunci când trăieşti astfel de stări, ce faci?

P: Îmi spun în gând că nu ar trebui să am astfel de sentimente, caut să nu mă gândesc la el, dar atunci devin agitată şi nu mi-l pot scoate din minte. Ştiu că nu este băiatul potrivit pentru mine. Mi-e teamă să mă las cuprinsă de jocul imaginativ pentru a nu trece la fapte! Nu sunt sigură, dar cred că nu o să o fac.

T: Te simţi ruşinată şi vinovată şi încerci să-ţi reprimi sentimentele, dar cu cât încerci mai mult, cu atât acestea devin mai puternice. Ce ar fi dacă ai lua act de aceste sentimente şi nu ai mai încerca să le reprimi?

P: Poate că ar deveni şi mai puternice.

T: Crezi că persoanele care au o relaţie stabilă nu visează la alte persoane, sau crezi că eşti unică?

P: Sunt sigură că aproape toţi oamenii visează.

T: Crezi că există vreo diferenţă între a-ţi imagina ceva şi a face în mod real acel lucru?

P: Desigur, lucrurile se petrec doar în imaginaţie. Nu voi încerca niciodată să am relaţii intime cu acel băiat.

T: Se pare că tu consideri că trebuie să ai tot timpul sentimente de dragoste şi fidelitate pentru prietenul tău. Ce îţi trece prin minte atunci când ai îndoieli sau visezi la alţi băieţi?

P: O parte din mine spune că sunt o persoană rea, iar cealaltă parte că este ceva omenesc ceea ce mi se întâmplă.

T: Dacă te-ai raporta la sentimentele tale ca la ceva omenesc, ce ar fi?

P: M-aş simţi mai puţin vinovată şi probabil nici nu aş visa atâta cu ochii deschişi.

Alte strategii terapeutice de tip comportamental

1. *Controlul respiraţiei*

Helen Kennerly (1997) subliniază faptul că, deşi respiraţia reprezintă un proces fiziologic natural, există modalităţi corecte şi greşite de a respira.

Respiraţia incorectă este accelerată şi se produce în zona claviculară a cutiei toracice şi presupune acumularea unei cantităţi sporite de oxigen. Acest tip de respiraţie apare după un efort fizic intens sau ca reacţie la stres şi poartă denumirea de hiperventilaţie. Rolul acestui tip de ventilaţie constă în creşterea aportului de oxigen în muşchii care sunt pregătiţi pentru acţiune (reacţie de fugă sau luptă, alte tipuri de efort fizic).

Pe termen scurt, acest tip de ventilaţie are un caracter adaptativ, dar dacă se prelungeşte în mod nejustificat produce efecte anxiogene, aşa cum se întâmplă în cazul atacurilor de panică, echilibrul dintre cantitatea de oxigen şi bioxid de carbon fiind perturbat. Reacţiile fiziologice pe care le trăieşte subiectul sunt de tipul următor:

- tremor al extremităţilor;
- furnicături;
- senzaţie de ameţeală şi vedere ca prin ceaţă;
- dificultăţi de respiraţie;
- senzaţie de oboseală;
- puls accelerat;
- senzaţie dezagreabilă la nivelul toracelui şi stomacului etc.

Aceste senzaţii, a căror natură nu o înţelege, produc teamă subiectului, starea de anxietate accentuând hiperventilaţia, care, la rândul său, poate genera un adevărat atac de panică.

Respiraţia claviculară, accelerată şi incorectă, poate fi controlată cu ajutorul unor exerciţii speciale, unele dintre acestea fiind inspirate din cultura orientală (Hatha-Yoga).

Terapeutul îi va explica clientului diferenţa dintre cele trei tipuri de respiraţie: superioară (claviculară), medie (costală) şi inferioară (abdominală).

Pentru învăţarea respiraţiei corecte, clientul va trebui să adopte o poziţie comodă, cu coloana vertebrală dreaptă. Odată învăţată respiraţia corectă, ea va putea fi utilizată şi în timpul activităţilor cotidiene.

Instructajul adresat subiectului va fi de tipul următor:

„Relaxează corpul şi plasează palma în zona inferioară a abdomenului. Expiră lent, controlând uşor diafragma, în timp ce muşchii abdominali coboară fiind uşor apăsaţi de palma plasată în zona respectivă. Inspiră apoi lent şi liniştit, umflând uşor abdomenul. Toracele nu se mişcă de loc sau aproape de loc. Expiraţia se realizează pe gură şi este ceva mai lungă decât inspiraţia care se face pe nas. Pe măsură ce exersezi, caută să menţii un ritm constant de 1<2 (1 sau multipli – inspiraţie; 2 sau multipli – expiraţie)".

Clientul va fi instruit să practice acest exerciţiu de mai multe ori pe zi, la început în stare de relaxare şi apoi în mers sau atunci când desfăşoară diverse activităţi.

Tehnica este deosebit de simplă: odată însuşită, poate stopa declanşarea atacului de panică. Acei clienţi care afirmă că nu au obţinut nici un rezultat, nu au exersat suficient.

Exerciţiul poate fi combinat şi cu autosugestii de reglare a stărilor psihice, formulele pronunţate în limbaj interior urmând timpii respiraţiei după modelul:

Expiraţie: „Elimin oboseală, încordare, teamă".

Inspiraţie: „Calmul mă inundă" etc.

2. *Relaxarea*

Peveler şi Johnston (1986) au demonstrat şi faptul că relaxarea creşte gradul de accesibilitate a informaţiilor pozitive în memoria pacientului şi facilitează găsirea unor alternative la gândurile anxiogene.

Relaxarea se realizează prin: realizarea planficată a unor activităţi care îi fac plăcere subiectului, prin pauze planificate în cadrul unor programe încărcate sau prin practicarea unor tehnici standardizate de relaxare.

Indiferent ce tehnică de relaxare se alege, aceasta trebuie practicată până când devine deprindere utilizată nu doar acasă, în fotoliu, ci şi în situaţiile de viaţă.

Majoritatea pacienţilor cu anxietate răspund favorabil la relaxare. Există însă un număr limitat de pacienţi care devin anxioşi în timpul practicării relaxării (Heide şi Borkovec, 1984). Printre aceştia se numără pacienţii care se tem de pierderea autocontrolului. Nu este însă suficient ca subiectul să aibă abilitatea de a se relaxa. Acesta trebuie să fie capabil să se relaxeze în mod deliberat, mai exact să stăpânească tehnica de relaxare şi s-o utilizeze şi în situaţiile specifice care îi sperie.

Metoda relaxării progresive diferă de alte metode de relaxare cu caracter global prin aceea că subiectul învaţă să se relaxeze pornind, în mod deliberat, de la un nivel ridicat de încordare musculară. Tehnica implică învăţarea unor exerciţii alternative de relaxare şi încordare musculară.

În felul acesta, subiectul devine mai repede conştient de ceea ce înseamnă încordare şi relaxare, precum şi de modul în care îşi trăieşte tensiunile. Această conştientizare poate servi ca punct de plecare pentru utilizarea deliberată a relaxării în situaţii de viaţă. Pe măsură ce subiectul îşi însuşeşte acest tip de relaxare musculară, el devine capabil să-şi calmeze sistemul neurovegetativ (ca o consecinţă, tensiunea arterială va scădea, bătăile inimii se vor linişti etc.), înlocuind starea subiectivă de anxietate cu starea de linişte interioară.

Prezentăm mai jos un model de exerciţiu de relaxare adaptat după Fensternheim şi Jean Baer (1977). Facem precizarea că autorii recomandă – pentru prima parte a relaxării – ca exerciţiile de încordare musculară să dureze 7 sec., iar pauzele dintre respectivele exerciţii să dureze 5 sec. În partea a doua a tehnicii de relaxare se acordă câte 15 sec. pentru destinderea fiecărei zone a corpului, iar în ultima fază se acordă câte 5 sec. pentru relaxarea fiecărei părţi a corpului. Întregul exerciţiu trebuie să dureze în medie între 20 şi 25 minute.

Textul este următorul:

Întindeţi-vă comod pe saltea sau pe pat. Aşezaţi-vă cât mai confortabil, cu braţele pe lângă corp şi degetele desfăcute. Închideţi ochii. Dacă vă vin în minte nişte gânduri care vă agită, spuneţi-vă în gând cu calm: stop! Alungaţi gândurile negative şi concentraţi-vă la ceea ce aveţi de făcut.

Prima parte a exerciţiului este dedicată încordării unor grupe musculare mari. Trebuie să vă concentraţi asupra tensiunii musculare, să simţiţi încordarea şi apoi să vă relaxaţi.

Începeţi cu partea de jos a corpului. Întindeţi vârfurile picioarelor încordând degetele, încordaţi gleznele, gambele, coapsele, fesele. Vă concentraţi asupra musculaturii încordate, menţineţi încordarea şi apoi relaxaţi-vă.

Simţiţi cum tensiunea dispare din corp. Acum relaxaţi degetele de la picioare, labele picioarelor, gleznele, gambele, coapsele, fesele. Totul se relaxează. Pe măsură ce musculatura se relaxează, vă cuprinde o senzaţie plăcută de greutate care cuprinde întreaga musculatură a picioarelor.

Încordaţi acum musculatura abdominală. Menţineţi încordarea. Concentraţi-vă asupra tensiunii. Relaxaţi apoi musculatura abdominală, relaxaţi-o tot mai mult. Lăsaţi tensiunea şi încordarea să iasă din corp. Relaxaţi tot mai mult musculatura abdominală în profunzime. Încordaţi acum musculatura spatelui, care parcă se arcuieşte uşor. Menţineţi încordarea, concentraţi-vă asupra ei şi apoi relaxaţi muşchii spatelui. Relaxaţi-i cât mai mult, până aveţi impresia că spatele dumneavoastră se contopeşte cu canapeaua sau cu salteaua pe care staţi întins.

Vă concentraţi acum asupra muşchilor toracelui. Inspiraţi profund şi ţineţi respiraţia. În timp ce menţineţi aerul în plămâni, vă concentraţi asupra musculaturii toracelui. Expiraţi apoi lent şi prelungit şi relaxaţi toracele. Atunci când expiraţia se încheie, vă simţiţi calmi, destinşi şi liniştiţi, ca atunci când vă pregătiţi să adormiţi. Relaxaţi tot mai mult muşchii toracelui.

Concentraţi-vă din nou asupra fiecărei zone menţionate: abdomenul este relaxat, spatele este relaxat, contopit cu salteaua, pieptul este relaxat. Respiraţia este calmă, liniştită, odihnitoare. Acum vă concentraţi asupra musculaturii braţelor şi umerilor. Strângeţi pe rând fiecare pumn, încordaţi ambele braţe, umerii. Menţineţi încordarea, menţineţi-o cât mai mult şi apoi relaxaţi-vă. Braţele se destind, degetele se desfac, simţiţi cum tensiunea iese din corp. Relaxaţi degetele, antebraţele, braţele, umerii. Simţiţi braţele grele, foarte grele, cuprinse de o greutate plăcută. Braţele sunt tot mai relaxate. Încordaţi muşchii cefei şi gâtului, arcuind uşor gâtul. Simţiţi tensiunea şi încordarea din zona gâtului şi cefei. Menţineţi încordarea şi apoi relaxaţi gâtul şi ceafa. Încordarea şi tensiunea din zona gâtului dispar treptat. Gâtul este atât de relaxat încât parcă se cufundă în perna pe care se sprijină.

Acum vă concentraţi asupra muşchilor feţei. Încordaţi muşchii frunţii (încruntaţi-vă), strângeţi pleoapele. Încordaţi musculatura nasului. Menţineţi

încordarea, vă concentraţi asupra ei şi apoi relaxaţi musculatura părţii superioare a feţei. Relaxaţi fruntea, sprâncenele, pleoapele, nasul. Ochii se relaxează tot mai mult, pleoapele devin grele, tot mai grele, ca atunci când vă pregătiţi de somn. Vă cuprinde o senzaţie plăcută de somnolenţă, dar nu adormiţi. Menţineţi trupul relaxat şi mintea activă şi trează.

Încordaţi apoi musculatura obrajilor, maxilarele, limba, strângeţi dinţii. Menţineţi maxilarele încordate. Apăsaţi cu limba pe dinţii din faţă. Încordaţi cât mai puternic obrajii, maxilarele, limba, bărbia şi apoi relaxaţi-le cât mai mult. Relaxaţi obrajii, maxilarele, limba, bărbia. Dinţii se depărtează uşor. Maxilarele sunt tot mai relaxate. Bărbia şi limba sunt foarte relaxate, tot mai relaxate. Întreaga musculatură a feţei este relaxată, destinsă, liniştită.

Acum, în partea a doua a exerciţiului, căutaţi să verificaţi cât de relaxate sunt părţile corpului dumneavoastră. Chiar dacă le simţiţi relaxate, căutaţi să le relaxaţi şi mai mult. Dacă vă vin în minte alte gânduri, le spuneţi: stop! şi continuaţi să vă concentraţi asupra a ceea ce faceţi.

Întrebaţi-vă: mai există oare vreo tensiune în labele picioarelor, glezne, gambe, coapse sau fese?

Dacă există, identificaţi-o şi relaxaţi acea zonă. Lăsaţi tensiunea să se ducă. Chiar dacă musculatura respectivă este relaxată, relaxaţi-o şi mai mult, tot mai mult.

Vă întrebaţi în continuare: mai există oare vreo tensiune în zona abdomenului sau pieptului? Dacă da, îndepărtaţi acea tensiune expirând uşor şi calm, aşa cum faceţi când vă pregătiţi să adormiţi.

Vă întrebaţi: mai este vreo tensiune în degetele mele, în braţe sau în umeri? Dacă da, înlăturaţi-o, lăsând braţele să devină din ce în ce mai grele, tot mai grele, părând că se confundă cu salteaua.

Vă întrebaţi: mai există vreo încordarea în zona cefei şi a gâtului? Dacă da, înlăturaţi-o, lăsând capul să cadă greu, confundându-se cu perna. Vă întrebaţi: mai există vreo tensiune în zona feţei, obrajilor, maxilarelor, frunţii? Dacă da, lăsaţi tensiunea şi încordarea să părăsească zona respectivă şi relaxaţi tot mai mult muşchii feţei.

Corpul dumneavoastră este perfect relaxat şi liniştit. Imaginaţi-vă acum o scenă plăcută, relativ neutră, fără o încărcătură deosebită. Imaginaţi-vă, de pildă, că sunteţi la mare, pe plajă, că vă plimbaţi pe o pajişte însorită etc. Dacă aveţi dificultăţi să vă imaginaţi aceste lucruri, repetaţi în gând, de mai multe ori, cuvântul „calm". Dacă mintea tinde să vagabondeze, o aduceţi încet înapoi la scena plăcută sau la cuvântul „calm". În timp ce menţineţi pe ecranul minţii imaginea plăcută, relaxaţi tot mai mult muşchii gleznelor, gambelor, coapselor, feselor.

Vă concentraţi pasiv asupra imaginii plăcute sau asupra cuvântului „calm" şi relaxaţi musculatura abdominală, spatele, toracele. Spatele este atât de relaxat încât se confundă cu salteaua. Respiraţia este calmă, liniştită, relaxată. Vă simţiţi tot mai calm şi mai confortabil.

Imaginaţi-vă în continuare scena plăcută sau cuvântul „calm“, relaxaţi degetele de la mâini, palmele, antebraţele, braţele, umerii, gâtul, ceafa. Vă simţiţi tot mai calmi şi mai liniştiţi. Capul se cufundă plăcut în pernă.

Continuaţi să vizualizaţi scena plăcută sau să vă concentraţi asupra cuvântului „calm“ şi în timpul acesta relaxaţi fruntea, sprâncenele, pleoapele. Pleoapele devin grele, ochii se odihnesc tot mai mult. Relaxaţi nasul, obrajii, maxilarele, musculatura gurii, limba, bărbia. Musculatura feţei este complet relaxată şi liniştită. Continuând să vă concentraţi asupra scenei plăcute sau asupra cuvântului „calm“, mai treceţi o dată în revistă întreaga musculatură a corpului şi dacă mai identificaţi vreo urmă de tensiune, îndepărtaţi-o treptat, relaxând şi mai mult întregul corp. Lăsaţi-vă purtat de senzaţia plăcută de calm şi relaxare. Întregul corp este calm şi relaxat, calm şi relaxat, calm şi relaxat. Acum veţi număra de la 3 la 1 şi când veţi ajunge cu numărătoarea la 1, veţi deschide ochii şi vă veţi ridica, odihnit, vioi şi alert. 3... 2... 1. Reveniţi la starea normală! Vă simţiţi odihnit, vioi, alert.

Dacă subiectul ajunge să-şi poată controla gândurile şi imaginile, anxietatea sa anticipatorie va descreşte simţitor şi acesta va fi capabil să facă faţă mai bine situaţiilor care îl sperie.

Acest lucru se poate realiza prin trei metode (Fensterheim şi Jean Baer, 1977):

- Oprirea gândurilor;
- Comutarea gândurilor;
- Repetarea mentală încununată de succes.

Oprirea gândurilor

Gândurile specifice anxietăţii anticipatorii sunt deosebit de persistente, detaşate parcă de situaţia însăşi, şi se caracterizează printr-o creativitate deosebită, desigur în sens negativ, ele fiind capabile să creeze o adevărată profeţie autoîmplinită.

Dacă subiectul îşi spune mereu *dacă voi zbura cu avionul voi face o criză de isterie în timpul zborului*, acest lucru se poate întâmpla. Pentru a sparge acest cerc vicios, subiectul trebuie să fie capabil să oprească fluxul gândurilor sale.

Iată un exerciţiu de oprire a gândurilor.

Aşezaţi-vă confortabil într-un fotoliu şi închideţi ochii. Evocaţi în minte unul dintre gândurile pe care doriţi să le controlaţi. Faceţi ca respectivul gând să apară. Aceasta reprezintă deja o formă de autocontrol. Îndată ce gândul apare (sub formă de imagine sau formulă verbală), opriţi-l administrându-vă autocomanda: STOP!

Pronunţaţi apoi mental cuvântul „calm“, relaxaţi în mod deliberat musculatura întregului corp şi vă îndreptaţi atenţia spre ceva plăcut. Comanda mentală trebuie să fie autoadministrată pe un ton ferm. Ea devine eficientă atunci când se produce cu adevărat oprirea gândului negativ asupra căruia se lucrează.

Pentru a spori efectul, comanda respectivă poate fi însoţită de lovirea uşoară a mesei sau a unei zone a corpului. Subiectul îşi poate reprezenta mintal cuvântul „STOP!" scris cu litere roşii sau un poliţist care ridică braţul. Realizaţi mai multe şedinţe de autocontrol în cadrul cărora repetaţi mintal de 5 ori secvenţa: GÂND NEGATIV – STOP – CALM – RELAXARE MUSCULARĂ – GÂNDURI REALISTE ALTERNATIVE.

Acest procedeu durează între 30 de secunde şi un minut. Numărul de şedinţe necesar va depinde de intensitatea anxietăţii anticipatorii. Unele persoane pot învăţa relativ repede să-şi controleze gândurile, în timp ce altele au nevoie de săptămâni pentru a atinge acest obiectiv.

Subiectul trebuie să utilizeze metoda în situaţiile de viaţă ori de câte ori apare anxietatea anticipatorie. Pentru ca metoda să dea rezultate, trebuie respectate două reguli: regula „de îndată ce" şi regula „de fiecare dată". Astfel, de îndată ce apare un gând negativ care tinde să declanşeze anxietatea anticipatorie, subiectul trebuie să declanşeze secvenţa: STOP – CALM – RELAXARE – GÂNDURI AGREABILE. Dacă se oferă gândului negativ şansa să câştige teren, acesta va fi mult mai dificil de controlat. De fiecare dată, fără excepţie, când se iveşte un gând negativ, acesta trebuie oprit.

Comutarea gândurilor

Atunci când gândim, ne imaginăm, visăm cu ochii deschişi, ne autoadministrăm adesea instrucţiuni care ne determină să reacţionăm într-o manieră fobică şi acest mod de a reacţiona se transformă în deprindere. Pentru a scăpa de o deprindere, trebuie să formăm o *contradeprindere* mai puternică. În cazul comutării, *contradeprinderea* constă în aceea că subiectul se autoprogramează să nu se mai teamă, declanşând o serie de gânduri contrare care trebuie întărite atât de mult încât ajung să sufoce sau să înlocuiască gândurile negative iniţiale.

Prezentăm mai jos un exerciţiu aparţinând psihologului american Homme (1973). Obiectivul este înlocuirea autocomenzilor care produc teamă cu autocomenzi care declanşează comportamentul eficient şi adaptativ.

1. Evocaţi o situaţie anxiogenă împreună cu anxietatea anticipatorie care o însoţeşte. Elaboraţi o listă de instrucţiuni pe care vi le autoadministraţi (atât pe cele mărunte, referitoare la detalii, cât şi pe cele mari, care vă copleşesc). Iată, de pildă, autocomenzile pe care şi le administrează un subiect care se teme să meargă cu ascensorul:

- De îndată ce intru în bloc voi începe să mă gândesc la lucrurile îngrozitoare care mi se pot întâmpla în lift.
- Când intru în clădire, mă voi uita dacă sunt oameni care să urce împreună cu mine.

- Voi începe să mă gândesc ce va fi dacă liftul se va opri între etaje şi nu voi putea ieşi.
- Când mă aflu în lift, voi sta într-un colţ, voi încorda muşchii şi voi începe să mă gândesc la toate lucrurile rele care se pot întâmpla.
- Voi fi atent la orice sunet sau vibraţie şi mă voi gândi că sunt semne că ceva nu este în regulă.

2. Pentru fiecare din aceste autocomenzi elaboraţi o listă alternativă de instrucţiuni care să ajute subiectul să facă faţă situaţiei după modelul:
- De îndată ce intru în clădire, dacă încep să mă gândesc la lucrurile îngrozitoare care se pot întâmpla, îmi voi spune că există o probabilitate foarte mică să se întâmple ceva rău.
- Dacă mă surprind uitându-mă să văd dacă nu vin alţi oameni să se urce cu mine în lift, îmi voi spune în gând că nu are nici o importanţă dacă mai sunt şi alţi oameni în lift sau nu.
- Voi căuta să-mi spun că există puţine şanse să se întâmple vreo catastrofă.
- Când mă voi afla în lift, voi relaxa în mod deliberat musculatura şi mă voi gândi la ceva plăcut.
- Dacă aud un sunet neobişnuit, îmi voi spune că şi dacă ceva s-a defectat este probabil o neregulă minoră.

3. Notaţi noile comenzi elaborate pe o cartelă care fie că o purtaţi asupra dumneavoastră fie o plasaţi într-un loc vizibil: lângă telefon, pe noptieră etc.

4. Alegeţi o serie de acţiuni familiare pe care le faceţi în fiecare zi: băutul cafelei, schimbarea canalelor la televizor, pieptănatul, spălatul pe mâini, utilizarea telefonului etc. Înaintea fiecăreia dintre aceste acţiuni uzuale şi frecvente recitiţi instrucţiunile, repetaţi-le în gând şi apoi realizaţi acţiunea respectivă.

Se poate proceda şi altfel: pronunţaţi noile instrucţiuni înainte de a face ceva care vă place (de pildă, înainte să mâncaţi o prăjitură sau să beţi ceva).

5. Atunci când vă aflaţi într-o situaţie de viaţă care vă produce teamă repetaţi-vă în gând instrucţiunile elaborate şi căutaţi să le urmaţi. În câteva săptămâni, gândurile negative o să dispară şi anxietatea anticipatorie va scădea.

6. După ce aţi utilizat autocomenzile cu caracter reglator un anumit timp, puteţi elabora şi alte formule mai bune. Cu toate acestea, instrucţiunile nu trebuie schimbate prea des, până nu aveţi suficientă practică în domeniul tehnicii respective.

Repetarea (modelarea) mentală încununată cu succes

Anxietatea anticipatorie îl face pe pacient să-şi imagineze că va fi copleşit de teamă în situaţiile critice. Acest gen de subiecţi nu fac altceva decât să repete în gând cum se vor speria. Exerciţiul propus de Alan Kazdin (1973) contribuie, prin intermediul antrenamentului mintal, la stăpânirea fricii.

Metoda constă în aceea că subiectul îşi imaginează în plan mintal că face faţă cu bine situaţiei anxiogene.

Obiectivul îl reprezintă modificarea anticipării sentimentului de neajutorare, înlocuind „*antrenamentele*" prin care subiectul învaţă să se teamă cu antrenamente prin intermediul cărora acestea se descurcă în situaţiile respective. Pacientului i se cere să elaboreze 12-14 scene în cadrul cărora un subiect model se află în situaţii anxiogene. Fiecare scenă trebuie să aibă un caracter realist, să fie relativ simplă şi uşor de imaginat.

Modelul trebuie să fie un subiect de aceeaşi vârstă şi sex cu persoana în cauză. În cadrul fiecărei scene, subiectul model trebuie reprezentat în aşa fel încât să facă faţă anxietăţii, scena având un final pozitiv. Este mai indicat ca pacientul să descrie în scris scenele înainte de a practica antrenamentul mintal. Iată un exemplu de astfel de scenă.

Modelul se îndreaptă spre fereastra de la etajul 5 a unui magazin universal şi spune în gând: *mă voi simţi puţin ameţită şi încordată, dar voi izbuti să mă relaxez imediat.* Pacientul trebuie să-şi imagineze modelul ca fiind la început încordat, apoi, după o expiraţie prelungită, acesta se relaxează. Este necesar să se obţină reprezentarea detaliată a persoanei model care devine relaxată. Apoi subiectul în cauză îşi imaginează persoana model mulţumită de sine şi spunându-şi: *am reuşit foarte bine.*

În realizarea acestui tip de exerciţii, pacientul trebuie să aleagă astfel de scene care se potrivesc cu fricile sale specifice.

Una din regulile de bază ale acestui tip de exerciţiu constă în aceea că primele 10 secunde (din cele 12 sau 14) trebuie să reprezinte modelul etalon făcând faţă situaţiei şi nu stăpânind-o perfect deoarece acesta este un obiectiv uşor de atins de pacient. Ultimile scene pot să se refere la un model care face faţă situaţiei complexe lipsit de anxietate (de exemplu, se apleacă peste balustrada balconului de la etajul 9 fără nici o problemă). O altă caracteristică a antrenamentului mintal constă în aceea că pacientul vizualizează modelul administrându-şi instrucţiuni cu caracter reglatoriu, acestea fiind încununate de succes, ceea ce trebuie să facă şi subiectul în cauză.

Într-o etapă ulterioară, subiectul, aflat în stare de relaxare, trebuie să-şi imagineze scena respectivă exact aşa cum a conceput-o în scris şi să menţină fiecare imagine pe ecranul mintal aproximativ 15 secunde.

Imaginea respectivă trebuie percepută cu maximum de claritate de care este capabil subiectul şi abia apoi se poate trece la imaginea următoare.

Întregul exercițiu durează 5-10 minute.

Fiecare scenă trebuie repetată mintal o dată pe zi, timp de o săptămână. Apoi scenele pot fi modificate în funcție de ceea ce crede subiectul că i-ar folosi mai mult, noile scene îmbunătățite fiind repetate, de asemenea, o dată pe zi, timp de alte două săptămâni.

Pacientului fobic sau anxios i se cere să se plaseze în mod real în situația anxiogenă (de pildă, să călătorească cu metroul) şi să acționeze deliberat şi în plan imaginar. El trebuie să-şi autoadministreze aceleaşi instrucțiuni pe care şi le-a administrat mintal. Pacientul trebuie să continue practica atât în plan imaginar, cât şi în plan real. De regulă, cu cât se îmbunătățeşte autocontrolul, cu atât se reduce anxietatea anticipatorie.

Autohipnoza

Dacă hipnoza reprezintă o stare modificată de conştiință indusă de către o altă persoană (hipnotizator, hipnoterapeut), autohipnoza este o stare asemănătoare pe care subiectul învață să şi-o inducă singur. Starea trăită de subiect nu este altceva decât o relaxare mai profundă.

Pentru a încuraja independența şi autonomia pacientului se recomandă astăzi tot mai mult practicarea autohipnozei, mai ales după ce subiectul a realizat câteva şedințe de hipnoză sub îndrumarea unui terapeut calificat, care are şi menirea de a-l învăța principiile şi tehnica autohipnozei.

Autohipnoza este considerată, alături de relaxare, o metodă de autoterapie, autoreglare a stărilor psihice ale omului şi o modalitate de explorare creativă a eului, în care subiectul îşi poate cunoaşte mai bine propriile problemele şi le poate rezolva supunându-se propriilor sale autosugestii. În autohipnoză, subiectul îşi investighează lumea subiectivă, gândurile, amintirile, fanteziile, pentru a afla mai precis cine este el de fapt. Odată cunoscute dificultățile şi particularitățile individului, se poate trece la depăşirea acestora şi la autoperfecționarea propriilor posibilități.

Concret, ce putem realiza prin autohipnoză?

- să ne cunoaştem mai bine şi mai profund;
- să ne relaxăm după o zi încordată;
- să realizăm un inventar al propriilor noastre probleme şi să stabilim o strategie de rezolvare a lor;
- să ne eliberăm, prin utilizarea autosugestilor, de anxietate, tristețe, irascibilitate, insomnii, dureri de cap (de natură psihogenă), de fluctuații ale dispoziției şi randamentului, de gânduri negative şi complexe de inferioritate;
- să ne îmbunătățim capacitatea de concentrare a atenției, memoria, voința, să gândim mai lucid şi să ne autoprogramăm psihicul pentru o viață mai sănătoasă şi eficientă;

- să ne debarasăm de unele deprinderi negative, cum ar fi fumatul, consumul abuziv de alcool sau medicamente.

Ce trebuie să ştim înainte de a face autohipnoza?

Psihicul omului nu se reduce doar la elementele conştiente, de care ne dăm seama, ci el cuprinde şi zone inconştiente, la care nu avem acces cu ajutorul gândirii raţionale şi care conţin atât resurse şi disponibilităţi creative nebănuite, cât şi conflicte şi psihotraume reprimate care se pot transforma în simptome nevrotice sau psihosomatice.

Inconştientul poate lucra în favoarea individului sau împotriva lui, îl poate face un creator fericit şi eficient sau dimpotrivă, un om nefericit sau chiar bolnav.

Observaţiile empirice şi practica clinică au arătat că, de cele mai multe ori când apare un conflict între conştient sau inconştient, inconştientul este cel care câştigă bătălia. Mulţi psihologi spun chiar că inconştientul este un fel de „şef", care ne conduce fără ca noi să ne dăm seama. În acelaşi timp însă, la nivel inconştient nu se poate face deosebirea dintre adevărul sau falsul unei informaţii, neexistând posibilitatea de testare a realităţii. Dacă, dintr-un motiv oarecare s-a fixat informaţia: „Când Ana traversează o stradă sau o piaţă largă i se face rău", atunci când Ana se apropie de locul cu pricina, criza se declanşează ca şi cum ar fi apăsat pe un buton de comandă. În mod inconştient se activează programul şi se declanşează simptomul.

Programarea „inconştientului" se poate realiza în stare de relaxare sau, şi mai eficient, în stare de autohipnoză prin autosugestii de tip afirmativ şi prin tehnica imaginaţiei dirijate (vizualizare) şi prin practicarea gândirii cu conţinut optimist. Autosugestiile sunt informaţii prin care subiectul îşi pune în gând cum doreşte el să fie sau ce doreşte să realizeze.

Construirea autosugestiilor

Pentru ca aceste autosugestii să fie eficiente, ele trebuie să îndeplinească unele condiţii:

- să se utilizeze doar informaţii cu conţinut pozitiv (de exemplu, în loc de „nu-mi va mai fi niciodată teamă", trebuie să spunem: „sunt deja calm, puternic, echilibrat");

- autosugestiile se combină cu tehnica vizualizării;

- după ce am practicat un timp autohipnoza sau relaxarea, putem utiliza şi autosugestii în stare de veghe, atunci când ne simţim nervoşi;

- autosugestiile administrate în stare de relaxare trebuie să fie utilizate anticipat, atunci când ne pregătim să facem faţă unei situaţii dificile sau care ne crează teamă.

Persoana care doreşte să practice autohipnoza trebuie să înveţe să-şi creeze propriile autosugestii pentru a-şi rezolva problemele personale. Acestea trebuie construite pornind de la conţinutul problemelor şi gândurilor negative care îi vin în minte.

De pildă, pentru o persoană cu gânduri suicidare se poate construi sugestia: „Viaţa mea conţine multe lucruri pozitive", „Vreau să trăiesc până mă bucur de toate lucrurile pozitive din viaţa mea".

Iată, pentru exemplificare, câteva modele de autosugestii pentru îmbunătăţirea imaginii de sine (Handley şi Neff, 1985):

- sunt o persoană echilibrată, eficientă şi generoasă, care merită să aibă succes;
- zi de zi, pe toate căile, eu devin persoana care doresc să fiu;
- sunt perfect calm, fericit, cu încredere în mine;
- corpul meu este perfect sănătos şi normal;
- mintea mea funcţionează perfect şi găsesc în mine noi posibilităţi creative de a trăi.

Tehnica vizualizării

Vizualizarea („a te vedea în minte"), o altă tehnică de autoprogramare a inconştientului, constă în reprezentarea mentală a modului în care dorim să ne comportăm. Ea se deosebeşte de simpla reverie sau visare diurnă prin aceea că se realizează numai în stare de relaxare sau autohipnoză şi are un caracter dirijat şi planificat.

Pentru ca vizualizarea să aibă efectele dorite, trebuie să respectăm, de asemenea, câteva reguli elementare:

- imaginile să aibă un conţinut pozitiv;
- să se folosească imagini detaliate, vii;
- imaginea să fie asociată cu autosugestia şi cu starea afectivă corespunzătoare;
- să se lucreze cu această tehnică suficient de mult timp (cel puţin 30 de zile pentru a rezolva „o problemă").

Gândirea optimistă

Unii oameni sunt stresaţi datorită personalităţii de bază. Ei fac probabil parte din cadrul tipului A de personalitate, care munceşte zi şi noapte fără odihnă, fără să-şi acorde timp de relaxare sau distracţii. Pentru persoanele astfel structurate, orice mic eşec este o catastrofă. Alte persoane au o imagine negativă despre sine datorită psihotraumelor suferite în copilărie, iar o a treia categorie se văd pe sine în culori negative pentru că nu pot face faţă aşteptărilor exagerate, iraţionale pe care alţii le

pun în fața lor (de exemplu, părinții care nu concep că fiul lor să nu fie premiant, care îl silesc să cânte pian și să învețe matematică, deși nu are aptitudini sau copilului i-ar plăcea altceva).

Oamenii pot atinge performanțe extraordinare când aleg corect lentilele prin care să-și privească propriile limitări. Acestea se realizează prin concentrarea asupra calităților pe care le avem și nu asupra defectelor noastre. Inconștientul persoanelor care au succes în viață e programat în mod spontan pe ideea că ei pot face lucruri mari. O astfel de programare se poate realiza însă și deliberat.

Odată ce am adm.• faptul că noi nu gândim clar și că gândirea „negativă" este o parte a propriului psihic, putem încerca să o modificăm prin intermediul strategiilor cognitiv-comportamentale descrise anterior.

Cum putem opri cursul gândirii negative atunci când am identificat-o?

O metodă simplă este să rugăm pe cineva apropiat să ne atragă atenția ori de câte ori gândirea noastră negativă este exprimată cu voce tare.

Când gândirea negativă se exprimă în limbaj inferior, putem utiliza metoda opririi bruște (ne spunem în gând: „oprește!"), fie pe cea a încetinirii vocii interioare cu conținut negativ (Unestahl, 1988). Aceasta constă în identificarea respectivei voci interioare și încercarea de a o face să ne răsune în minte tot mai încet, până când nu se mai aude aproape de loc.

Gândurile și convingerile alternative realiste rezultate în urma restructurării cognitive vor fi transformate în sugestii administrate în transă hipnotică.

Acțiunea cea mai eficientă o realizează gândirea optimistă în stare de relaxare sau autohipnoză. Pentru pacienta care se teme să iasă singură pe stradă pentru că va avea un atac de panică, se recomandă ca în starea de relaxare să își spună: „Ori de câte ori voi ieși pe stradă corpul și mintea mea vor fi perfect relaxate. Mă voi simți calmă, echilibrată, destinsă. Mă bucur să ies pe stradă și să îmi rezolv singură problemele".

În același timp, ea se va vedea cu ochii minții pe sine mergând peste tot, cu o figură zâmbitoare, făcând lucruri interesante, care îi fac plăcere.

Primul pas în includerea autohipnozei este învățarea unei tehnici simple de relaxare, după modelul următor:

Luați o poziție comodă, culcat pe spate, cu capul ușor ridicat (este indicat să se utilizeze o pernă mică) și brațele ușor depărtate de corp, palmele în sus și picioarele, de asemenea, ușor depărtate. Puteți, la nevoie, să vă așezați într-un fotoliu, cu capul sprijinit și brațele așezate comod pe brațele fotoliului sau pe coapse.

La început, încordați de câteva ori toți mușchii și apoi căutați să-l destindeți, închideți ochii și căutați să vă imaginați că destindeți mușchii frunții, obrajii, maxilarele. Căutați să simțiți pleoapele grele, grele ca atunci când sunteți pe cale să adormiți. Relaxați apoi mușchii cefei și gâtului, apoi umerii și brațele de sus până în vârfurile degetelor. Destindeți musculatura pieptului, abdomenului,

spatelui. Căutaţi să vă imaginaţi cum coloana vertebrală parcă se destinde pe dinăuntru, parcă vertebrele se depărtează unele de altele ca verigile unui lanţ care se întinde. Relaxaţi picioarele pornind cu coapsele, gambele şi ajungând până la degete. Expiraţi de câteva ori profund şi lent; imaginaţi-vă că, odată cu fiecare expiraţie, corpul devine tot mai moale, mai destins, mai liniştit. Apoi spuneţi-vă în gând că braţele devin grele, tot mai grele, parcă ar fi de plumb. Imaginaţi-vă în acelaşi timp că două greutăţi (cărţi groase, săculeţi de nisip) sunt aşezate pe braţe şi le apasă, făcându-le tot mai grele, grele ca de plumb. Vizualizaţi greutăţile care apasă pe picioare şi le fac din ce în ce mai grele.

Spuneţi-vă apoi că tot corpul devine tot mai greu, tot mai greu, mai destins, mai liniştit, căutând să creaţi imaginea propriului corp care stă întins, liniştit, pe o pajişte însorită sau pe o plajă la mare.

Căutaţi să menţineţi imaginea plăcută în care vă vedeţi odihnindu-vă în mijlocul naturii şi spuneţi-vă că vă cuprinde o stare de calm, de linişte, de pace interioară

Semnul că relaxarea a reuşit este că vă simţiţi destinşi, liniştiţi şi parcă vă vine greu să ieşiţi din starea pe care singuri aţi creat-o.

Când doriţi să reveniţi, vă spuneţi în gând că reveniţi la normal, vizualizaţi corpul care revine la tonusul firesc, inspiraţi de câteva ori profund, expiraţi scurt, mişcaţi degetele de la mâini şi de la picioare. Strângeţi de câteva ori pumnii, inspiraţi şi expiraţi şi apoi vă ridicaţi vioi, fără însă a brusca organismul.

Dacă relaxarea nu a reuşit, nu fiţi demobilizaţi, încercaţi de multe ori. Până la urmă inconştientul dumneavoastră va găsi singur soluţia de a se pune în starea agreabilă în care poate lucra atât de bine.

Dar relaxarea nu este decât prima fază a autohipnozei pe care mulţi autori au denumit-o relaxare profundă.

După ce subiectul a parcurs câteva şedinţe de hipnoză sub îndrumarea unui specialist sau a practicat cu succes relaxarea, modalităţile de a intra în autohipnoză i se vor părea destul de simple.

Hunter (1987, cit. Holdevici şi Vasilescu, 1991) afirmă că se poate intra uşor în autohipnoză prin următoarele tehnici, care trebuie aplicate doar după ce s-a instalat o stare de relaxare uşoară:

- număraţi în gând, rar, până ajungeţi la o cifră mare (peste o sută); tehnica este mai eficientă dacă în timp ce număraţi căutaţi să vizualizaţi cifrele scrise cu cretă pe o tablă;
- repetaţi de mai multe ori mintal o serie de numere;
- reperaţi de mai multe ori literele alfabetului;
- imaginaţi-vă că vă urcaţi pe o scară, treaptă cu treaptă, spre terasa unui castel aflat într-o grădină frumoasă;
- ascultaţi în gând zgomotul plăcut produs de un râu de munte care curge lovindu-se de pietre şi lăsaţi-vă purtat de sunetul respectiv;

- utilizaţi orice alt vis treaz (cu conţinut optimist) cu care v-aţi obişnuit;
- bucuraţi-vă de stimulii care vă sunt familiari (tic-tac-ul unui ceasornic, sunetul valurilor mării, o piesă muzicală favorită sau propriul ritm respirator), pentru a aprofunda starea de relaxare în care vă aflaţi.

Desigur, pentru o inducţie nu este nevoie de toate aceste tehnici deodată. Căutaţi să vedeţi care dintre ele vă convine cel mai mult.

Veţi recunoaşte cu siguranţă starea de autohipnoză după profunzimea ei, după senzaţia plăcută de plutire, de linişte, parcă de pierdere a percepţiei propriului corp, cât şi după starea afectivă agreabilă de linişte, calm şi încredere.

Odată starea instalată, putem investiga inconştientul în legătură cu propriile probleme şi apoi îl putem reprograma schimbându-ne întreaga existenţă, devenind mai sănătoşi, mai echilibraţi, mai fericiţi, mai eficienţi.

Reprogramarea se realizează prin utilizarea autosugestiilor afirmative, a vizualizării, a cultivării gândirii optimiste şi prin stabilirea unor scopuri precise legate de modul în care doriţi să vă transformaţi.

A dori şi a spera nu atrag automat după sine nici o schimbare. În schimb stabilirea unor scopuri o poate aduce, ele reprezentând trepte de urmat pentru a face ca o schimbare să devină realitate. Fie că ne place, fie că nu, dorinţele noastre devin scopuri pentru inconştient, se fixează sub forma unor programe care ne dirijează existenţa. Din păcate, adesea aceste scopuri se exprimă în sens negativ, blocându-ne activitatea.

Pentru ca scopurile propuse să ne ajute să ne dezvoltăm, trebuie să fim animaţi de dorinţa fierbinte de a reuşi să le atingem. Scopul propus trebuie să fie suficient de important pentru individ, astfel încât să-l facă să-şi mobilizeze forţele pentru a-l atinge.

În acelaşi timp, scopurile trebuie să fie realiste. Nu ne putem transforma peste noapte dintr-o persoană grasă într-una slabă, dar un scop bine stabilit pe termen lung poate să ne ajute să slăbim. Ca şi celelalte autosugestii, scopurile trebuie exprimate în termeni pozitivi. Înlocuiţi formularea: „nu mai vreau să fiu grasă" cu formularea „mă văd suplă".

Unii autori consideră că ceea ce s-a prelucrat în stare de autohipnoză se va întări în stare de veghe prin practicarea comportamentului „ca şi cum" ceea ce înseamnă: „comportaţi-vă ca şi cum aţi fi deja persoana care doriţi să deveniţi".

VI. Conceptualizarea cazurilor în psihoterapia cognitiv-comportamentală

Jacqueline Persons şi Joan Davidon (2003) subliniază faptul că formularea cazului se referă la partea teoretică ce se află în spatele fiecărui caz clinic propus pentru psihoterapie.

Astfel, de exemplu, conceptualizarea unui anumit caz se poate baza pe teoria psihopatologică a lui Beck (Beck şi colab. 1979) care postulează faptul că evenimentele externe activează schemele cognitive care, la rândul lor, generează simptome.

Se precizează ce evenimente şi ce schemă cognitivă specifică este activată pentru a produce nişte simptome şi probleme concrete la un anumit client.

Conceptualizarea cazului îl ajută pe terapeut să alcătuiască un plan eficient de terapie (Hayes, Nelson şi Jarrett, 1987).

Conceptualizarea individualizată a cazurilor are o istorie lungă în terapia psihodinamică şi comportamentală, aceasta pătrunzând relativ recent în terapia cognitivă.

Autorii de orientare cognitivă şi cognitiv-comportamentală mai reprezentativi sunt Persons (1989), Persons şi Thompkin (1997), Nezu, Nezu, Friedman şi Heynes (1997), Koerner şi Linihan (1997) şi Ellis (1997). Persons şi Davidson (2003) se referă la trei nivele de conceptualizare: conceptualizarea la nivel de caz, la nivel de sindrom şi la nivel de situaţie.

1. *Conceptualizarea la nivel de caz* se referă la formularea cazului în ansamblu, insistând-se asupra interrelaţiilor dintre problemele clientului (Haynes, 1992).

Acest nivel îi este util terapeutului pentru selecţionarea obiectivelor intervenţiei, acesta focalizându-se la început asupra acelor probleme care au un rol cauzal în raport cu celelalte.

Astfel, depresia poate reprezenta o cauză pentru dificultăţile maritale sau pentru tulburările de comportament ale copilului care consumă droguri.

Persons şi Davidson (2003) realizează o formulare iniţială a cazului după primele trei-patru şedinţe de psihoterapie.

Conceptualizarea la nivel de caz se realizează, de regulă, pe baza informaţiilor obţinute de la nivelul situaţional, precum şi de la cel bazat pe problemă (sindrom).

Person şi Davidson (2003, p. 89) subliniază faptul că o formulare de caz de tip cognitiv – comportamentul include următoarele capitole: lista problemelor, diagnosticul, ipoteza de lucru, resursele şi planul de tratament.

Lista de probleme include o listă a dificultăţilor clientului formulate în termeni concreţi, comportamentali şi care vizează următoarele domenii: simptome psihiatrice sau psihopatologice, sfera interpersonală, probleme somatice, financiare, gospodăreşti, cu legea şi legate de petrecerea timpul liber.

Persons şi Davidson (2003) recomandă realizarea unei liste cât mai exhaustive pentru a nu omite vreo problemă şi pentru a sesiza conexiunile şi relaţiile cauzale dintre acestea.

Atunci când terapeutul observă faptul că pacientul are tendinţa de a ascunde unele probleme, el va decide dacă acestea vor trebui incluse în listă imediat, sau dacă discutarea lor trebuie amânată.

Linehan (1993) sugerează faptul că acele probleme care se referă la comportamente suicidare sau parasuicidare, precum şi cele care interferă cu tratamentul (non-complianţă la terapie), sau cu calitatea vieţii (abuz de substanţe psihotrope, lipsa unei locuinţe etc.) trebuie abordate prioritar pentru că astfel vor interfera cu celelalte probleme ale clientului.

Uneori este dificil de plasat o anumită problemă într-o rubrică sau în alta. De exemplu, tendinţa spre tergiversare poate fi o problemă profesională, dar şi interpersonală. În astfel de cazuri terapeutul va discuta deschis cu clientul său şi va plasa problema respectivă acolo unde o plasează acesta.

Prezentăm mai jos lista cu problemele Anei adaptată după Persons şi Davidson (2003, p. 92-93. Ana este o femeie atrăgătoare în vârsta de 35 de ani, care locuieşte singură şi lucrează ca profesoară de engleză. Aceasta a solicitat terapia pentru că se simte descurajată şi nemulţumită de existenţa ei actuală şi nu întrevede nici un viitor care să fie satisfăcător.

2. *Conceptualizarea la nivel de sindrom sau de problemă* se referă la nozografia psihiatrică şi include sindroame şi simptome cum ar fi depresie, anxietate, insomnii, tulburări ale conduitei alimentare etc.

Planul de tratament pentru un anumit sindrom depinde de modul în care este formulată problema.

De pildă, în cazul unui pacient care suferă de oboseală cronică, formularea cazului ar putea merge pe mai multe direcţii: consum excesiv de tranchilizante, gânduri negative sau ambele.

Conceptualizările diferite implică strategii terapeutice diferite cum ar fi schimbarea medicației sau combaterea gândurilor și convingerilor negative.

3. *Conceptualizarea la nivel de situație* se referă la reacțiile clientului într-o conjunctură dată, intervenția terapeutică referindu-se strict la situația respectivă; terapeutul notează situația, comportamentele, emoțiile gândurile disfuncționale ale clientului și reacțiile fiziologice.

Maria s-a prezentat la o ședință de terapie afirmând că s-a simțit foarte speriată când se afla în metrou; gândul ei negativ a fost: „voi leșina și mă voi face de râs". Pentru a evita acest lucru, clienta s-a așezat pe un scaun foarte aproape de ușă și a coborât la prima stație. Reacțiile fiziologice ale clientei au inclus puls accelerat, amețeli, dificultăți de respirație, tremur și transpirație abundentă.

În cursul ședinței de psihoterapie s-a lucrat asupra elementelor evidențiate de clientă.

Autoarele realizează următoarea listă de probleme:

1. Depresie, insatisfacție, apatie.

Scorul la Inventarul de depresie Beck este de 15 puncte.

Gânduri automate: „Serviciul meu este plictisitor"; „Nu voi găsi niciodată un partener potrivit"; „Sunt nefericită și probabil că așa voi fi totdeauna". Comportamente: tendință de amânare, nu-și finalizează acțiunile (se înscrie la gimnastică, iese cu prietenii, caută un alt serviciu, iese la întâlniri, dar nu duce nimic la bun sfârșit).

2. Dezorganizată, cu slabă capacitate de concentrare, neproductivă; atât la școală, cât și acasă (nu-și pregătește atent planurile de lecție, lucrează superficial pentru examenele de grad, evită să facă reparații sau curățenie generală). Se simte depășită, are dificultăți de concentrare și își spune în gând: „nu pot să rezolv asta, mai bine fac altceva". Clienta trece de la o activitate la alta fără vreo planificare și fără a avea obiective precise.

La sfârșitul unei zile ea a reușit să facă mult mai puțin decât și-a propus și se simte tristă și descurajată.

3. Insatisfacții în plan profesional.

„Mă plictisesc la școală"; „copiii de azi nu mai învață nimic"; „sunt prost plătită"; „nu-mi place ceea ce fac".

Ana descrie mediul profesional ca fiind stresant și nesigur. („colegele sunt rele și bârfitoare"). Clienta are multe sarcini, dar nu se bucură de autoritate nici în rândul colegilor, nici în al elevilor. Ea ar dori să lucreze ca translator, dar nu face nimic pentru a căuta un astfel de loc de muncă.

4. Izolare în plan social.

Ana are mulți prieteni, dar își petrece relativ puțin timp în compania acestora. Vine acasă de la școală, corectează lucrările, se pregătește pentru lecțiile de a doua zi, se uită la televizor și se culcă. Se simte deprimată și lipsită de speranță.

Gânduri: „sunt prea obosită ca să mă mai duc să văd pe cineva"; „vreau să merg acasă şi să zac în pat"; „oricum am de lucru". La sfârşit de săptămână invită la masă una sau două prietene cărora le oferă semipreparate, dar are prieteni pe care nu i-a mai văzut de luni de zile. Ana şi-ar dori să meargă la diverse evenimente şi să cunoască oameni noi, dar nu face acest lucru. În week-end se scoală târziu, are dificultăţi să se concentreze asupra lucrărilor elevilor care îi ocupă mult timp şi din acest motiv refuză să se mai ducă undeva.

5. Lipsa unei relaţii intime.

Ana îşi spune în gând că ar dori să se căsătorească şi să aibă copii, dar nu crede că va întâlni un bărbat potrivit. Se simte descurajată şi lipsită de speranţă. Îşi face planuri să meargă în locuri unde ar putea întâlni un bărbat, dar nu întreprinde nimic.

Are uneori întâlniri sporadice cu tineri care nu sunt interesaţi de relaţii de lungă durată. Adesea îşi spune în gând: „oricum nu va merge, de ce să mai obosesc"; „oricum nu voi întâlni un bărbat potrivit".

6. Lipsă de asertivitate.

Frecvent Ana se supără pe colegi şi prieteni pentru că nu îi respectă dorinţele pe care însă nu şi le exprimă.

Gândurile care îi vin în minte sunt de tipul următor: „nu merită să spun nimic, pentru că oricum nu voi obţine ceea ce doresc", „voi intra cu siguranţă în conflict şi mă voi simţi mai rău decât dacă nu aş fi spus nimic". De curând, o prietenă a rugat-o să-i mediteze fetiţa la engleză fără bani, iar o colegă o roagă mereu s-o suplinească. Ana acceptă astfel de solicitări, dar se simte furioasă şi plină de resentimente.

Diagnosticul psihiatric nu face parte integrantă din terapia cognitiv-comportamentală. Cu toate acestea Persons şi David (2003) sunt de părere că introducerea acestuia este utilă demersului terapeutic putând ajuta la o formulare preliminară a unor ipoteze de lucru cu clientul.

În cazul Anei, diagnosticul după D.S.M.I.V.R (Manualul Diagnostic şi Statistic al Asociaţiei Psihiatrilor Americani) ar fi următorul:

Axa I.: Tulburare distimică.

Axa II: -

Axa III: -

Axa IV: Izolare socială, probleme ocupaţionale.

Axa V: Nivelul global de funcţionare 60.

Ipoteza de lucru

Reprezintă nucleul conceptualizării cazului, terapeutul elaborând o mică teorie asupra acestuia care va cuprinde interrelaţiile dintre diverse probleme.

Unele dintre problemele clientului nu îşi au originea în activarea schemelor cognitive timpurii, ci sunt generate de alte probleme.

Astfel, problemele maritale ale unei cliente depresive nu rezultă din activarea schemei cognitive, ci din simptomele depresiei care o determină să se izoleze de soţ şi fiică.

De asemenea, alte probleme pot fi generate de aspecte de ordin medical sau de mediu social, ca în situaţia unei afecţiuni cronice sau a şomajului.

Conform teoriei psihopatologice cognitive a lui Beck, evenimentele externe activează schemele cognitive care, la rândul lor generează probleme şi simptome.

Ipoteza de lucru descrie aceste evenimente precum şi schema cognitivă care este operaţională în acest caz, evidenţiind şi interrelaţiile dintre aceste componente şi dintre problemele clientului.

Terapeutul va formula o ipoteză cu privire la schema cognitivă sau la convingerile cognitive de bază care par să genereze şi să menţină problemele din cadrul listei. Schema cognitivă cuprinde convingerile clientului cu privire la propria persoană, la ceilalţi, lume şi la viitor.

Este indicată şi evidenţierea unor convingeri cu caracter condiţional („dacă, atunci“) de tipul următor: „dacă îmi voi spune părerea ceilalţi se vor supăra pe mine“.

Factorii precipitatori şi situaţiile activatoare se referă la acele evenimente de importanţă mai mare sau mai mică ce facilitează apariţia stărilor afective negative şi a comportamentelor disfuncţionale.

Persons şi Davidson denumesc evenimentele majore – factori precipitatori şi cele minore – situaţii activatoare.

Astfel, concedierea poate fi considerată factor precipitator pentru declanşarea unei depresii, în timp ce o ceartă cu soţia este o situaţie activatoare.

Examinarea evenimentelor activatoare prezintă importanţă şi pentru identificarea schemelor cognitive de bază ale clienţilor, deoarece se va observa la ce tip de evenimente externe reacţionează aceştia. De exemplu, un subiect cu schema „trebuie să obţii totdeauna succese în orice împrejurare pentru a fi o persoană valoroasă“, va fi vulnerabil la eşecuri putând dezvolta o tulburare depresivă.

Informaţiile referitoare la situaţiile problematice importante pentru un anumit individ sunt necesare şi pentru stabilirea strategiilor specifice gestionării acelor situaţii. Terapeutul cognitivist va ajuta clientul să facă faţă mai bine unor situaţii de viaţă şi să le modifice atunci când acest lucru este posibil.

În cazul ipotezei de lucru, terapeutul va trebui să identifice şi câteva aspecte din copilăria clientului, despre care crede că au contribuit la structurarea schemelor cognitive sau la instalarea unor deficite în repertoriul abilităţilor de viaţă.

După ce a obţinut toate aceste informaţii, terapeutul va trage o concluzie din care să rezulte interacţiunile dintre componentele ipotezei de lucru, precum şi dintre acestea şi problemele clientului. Aceasta va fi prezentată clientului verbal şi sub forma unei scheme.

Ipotezele de lucru în cazul Anei:

• Schemele cognitive de bază:

„Nu merit afecțiune, sunt dezechilibrată emoțional, incapabilă să obțin succese";

„Ceilalți sunt egoiști, nu mă sprijină, nu mă ajută";

„Ceilalți sunt agresivi, hipercritici sau dimpotrivă pasivi, slabi, neajutorați";

„Lumea este periculoasă, solicitantă și nu oferă recompense";

„Viitorul nu aduce nimic bun".

• Evenimente precipitatoare și activatoare.

Evenimentele precipitatoare se referă la realizările celor din jur: se căsătoresc sunt promovați, schimbă locurile de muncă, au copii.

Participarea la botezul copilului prietenei celei mai bune a determinat-o pe Ana să se prezinte la psihoterapie.

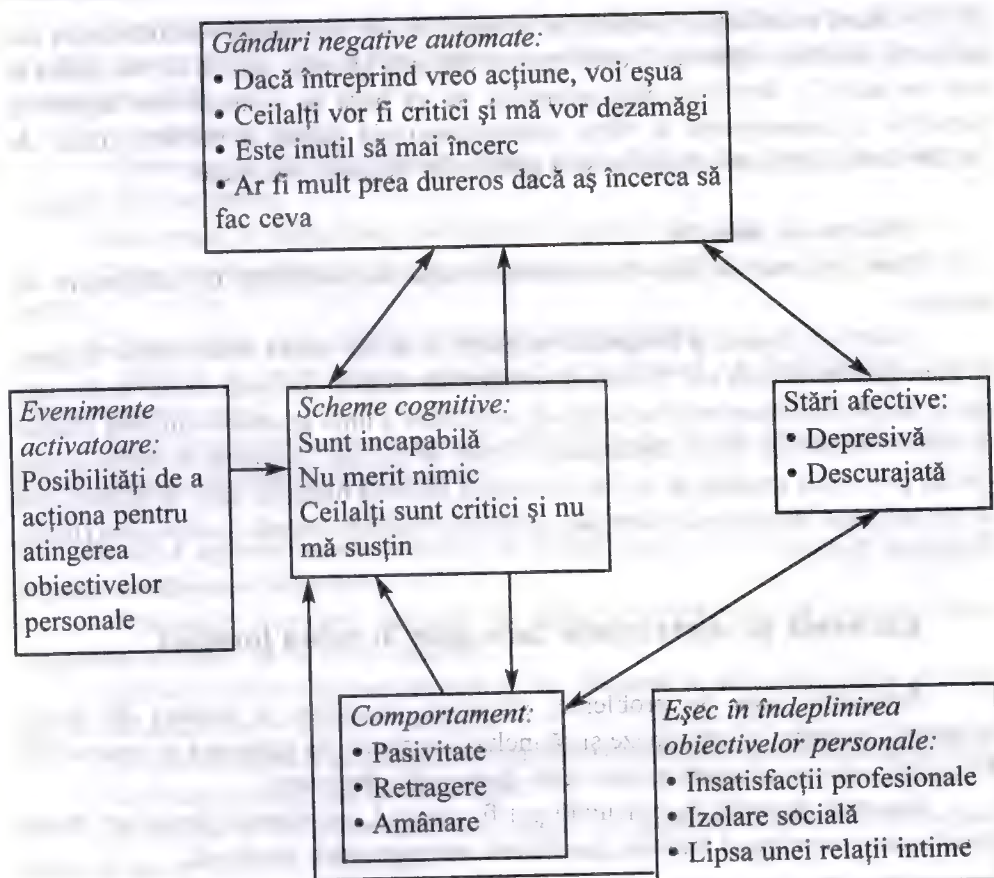
Situațiile activatoare se referă la acele împrejurări în care clienta s-a simțit blocată și nu a reușit să-și atingă obiectivele sau când a nutrit resentimente și s-a simțit împovărată de solicitările celorlalți pe care nu îndrăzena să le refuze datorită lipsei asertivității (atunci când i se cerea să suplinească pe cineva și accepta, deși nu dorea acest lucru).

• Cauzele tulburării: tatăl Anei era alcoolic și agresiv, lovindu-și adesea copilul și soția. Acesta o ironiza pe Ana spunându-i că e „proastă și nebună", mai ales când aceasta încerca să-și afirme punctul de vedere.

Mama Anei părea neajutorată și fragilă, dând dovadă de un comportament evitant.

• Concluzia: Ipoteza de lucru postulează faptul că atunci când era pusă în situația de a întreprinde o acțiune pentru a-și atinge obiectivele, Anei i se activa schema cognitivă de bază că este incapabilă și dezechilibrată emoțional. Ea a învățat din comportamentul pasiv al mamei și din cel abuziv al tatălui că nu este capabilă să acționeze. Atunci când se activau aceste scheme cognitive, clienta devenea pasivă, nu își atingea obiectivele și se simțea deprimată și descurajată. Acest model de comportament se repeta atât la serviciu, cât și în alte situații psihosociale, generând dificultățile și problemele de care se plângea clienta.

Prezentăm mai jos schema ipotezei de lucru pentru cazul Anei (adaptat după Persons și Davidson, 2003, p. 98).



Disponibilităţi şi resurse

Se referă la abilităţi sociale, simţul umorului, resurse financiare, un loc de muncă bun, o reţea formată din persoane de sprijin, inteligenţă, aspect fizic agreabil, deprinderi de exerciţiu fizic, stil de viaţă sănătos etc.

Cunoaşterea disponibilităţilor şi resurselor este utilă pentru formularea ipotezei de lucru (faptul că Ana dispune de abilităţi de comunicare de nivel ridicat exclude ipoteza că tendinţa ei de retragere ar fi datorată deficitului în această zonă), precum şi pentru elaborarea planului de tratament, terapeutul sprijinindu-şi demersul pe resursele de care dispune clientul.

Planul de psihoterapie

Se bazează pe concluzia rezultată în urma stabilirii ipotezei de lucru.

Astfel, dacă terapeutul presupune că izolarea socială a clientului are la bază un deficit de abilităţi de comunicare, în planul de tratament vor fi incluse exerciţii

de dezvoltare a abilităților sociale, iar în cazul în care anxietatea socială rezultă din activarea schemei cognitive („dacă îmi voi exprima părerea, ceilalți se vor supăra și mă vor ataca"), demersul psihoterapeutic se va baza pe restructurare cognitivă, expunere și experimente în sfera comportamentală pentru a verifica gradul de veridicitate al schemei cognitive și al gândurilor negative automate.

Obiectivele terapiei

Sunt generate de lista de probleme și apar ca modalități de soluționare ale acestora.

Odată ce clientul și terapeutul au căzut de acord asupra obiectivelor terapiei, se pune problema cum vor fi evaluate progresele terapiei. În unele cazuri se recurge pur și simplu la măsurarea frecvenței de producere a unui anumit eveniment (număr de atacuri de panică într-o săptămână). Alteori se recurge la scalele de autoevaluare (notați pe o scală gradată de la 0 la 100 starea afectivă negativă care vă tulbură) sau la consacratele inventare de depresie, anxietate, tendințe obsesiv-compulsive (Beck, Hamilton, Burns).

Barierele și obstacolele care apar în calea terapiei

Analizând lista de probleme, schemele cognitive și ipoteza de lucru, terapeutul va trebui să anticipeze și să includă în planul de tratament și eventualele dificultăți care pot să apară pe parcursul demersului terapeutic.

Exemple de astfel de dificultăți pot fi: șomajul, problemele financiare, boala gravă a unui membru al familiei, conflictele interpersonale ample etc.

Planul de terapie în cazul Anei

• Obiective:
- Reducerea simptomelor depresive;
- Dezvoltarea capacității de organizare și de stabilire a priorităților;
- Găsirea unui loc de muncă de la care să obțină mai multe satisfacții;
- Creșterea frecvenței întâlnirilor cu prietenii;
- Acceptarea unor întâlniri cu tineri pentru sporirea șanselor de a găsi un partener potrivit;
- Dezvoltarea deprinderilor de comportament asertiv.

• Modalitatea în care se realizează psihoterapia:
- ședințe individuale de 40-50 de minute, de două ori pe săptămână.

• Intervenții (strategii) terapeutice:
- Explicarea motivației și structurii intervenției terapeutice;
- Învățarea unei tehnici simple de relaxare;
- Monitorizarea activităților și trăirilor;

- Restructurare cognitivă: identificarea, combaterea şi înlocuirea gândurilor negative automate cu unele mai raţionale, alternative, experimentele în sfera comportamentală.

• Antrenament asertiv.

- Antrenament mental: tehnica imaginaţiei dirijate cu concentrare asupra imaginii de sine ideale;

- Intervenţii de modificare a schemelor cognitive de bază.

• Tratamente adiţionale: fitoterapia, presopunctură, exerciţii fizice (dans modern).

• Dificultăţi în calea realizării demersului terapeutic:

- Tendinţa de tergiversare: clienta va evita adesea să ducă la bun sfârşit sarcinile pentru acasă;

- Lipsa asertivităţii: clienta va avea dificultăţi să-i spună terapeutului ce teme pentru acasă nu doreşte să îndeplinească.

În urma aplicării acestei scheme de terapie timp de 30 de şedinţe au fost obţinute următoarele rezultate:

- Tendinţele depresive măsurate cu ajutorul inventarului de depresie Beck s-au redus simţitor, de la 16 la 7 puncte;

- Clienta a devenit mai organizată şi mai eficientă în activitate şi şi-a găsit un loc de traducător într-o instituţie militară;

- Ea a reluat relaţiile cu grupul de prieteni cu care se vedea o dată pe săptămână;

- S-a înscris la un curs de dans latino;

- A început să se întâlnească frecvent cu un coleg de la noul loc de muncă (după un an cei doi s-au căsătorit).

Clienta a relatat faptul că se simte mai mulţumită şi vede viitorul ca fiind promiţător.

După încheierea seriei de 30 de şedinţe, clienta s-a mai întâlnit cu terapeutul de câteva ori, aproximativ o dată la două luni.

La doi ani de la terminarea terapiei, clienta a mai solicitat o serie de şedinţe pentru a depăşi reacţia de doliu după moartea mamei sale.

Conceptualizarea cazului a contribuit la succesul terapiei în următoarele moduri:

• Alcătuirea listei de probleme a condus la clarificarea obiectivelor terapiei.

La interviul iniţial, Ana şi-a descris problemele în termeni vagi: deprimată, nemulţumită de viaţă, „prinsă ca într-o capcană."

Lipsa de claritate în formularea problemelor a făcut ca Anei să-i fie foarte dificil să găsească soluţii pentru acestea. Pe măsură ce terapeutul a obţinut informaţii referitoare la starea emoţională, comportament, gânduri şi convingeri negative a devenit posibilă alcătuirea listei de probleme care, la rândul ei, a stat la baza stabilirii obiectivelor terapiei.

• Ipoteza terapeutică l-a ajutat pe terapeut să menţină focalizarea demersului curativ, deoarece clienta a prezentat un amalgam de probleme: depresie, apatie, insatisfacţie profesională, relaţii interpersonale ineficiente, tendinţă de tergiversare, randament scăzut şi absenţa unei relaţii intime.

Ipoteza terapeutică a postulat faptul că, în momentul în care Ana se confruntă cu situaţii în care ar fi trebuit să acţioneze pentru a-şi atinge obiectivele, se activa schema ei cognitivă de bază: „sunt o incapabilă, dezechilibrată emoţional şi nu voi reuşi niciodată nimic", schemă care o îndemna la pasivitate, fapt care la rândul său o împiedica să-şi atingă obiectivele de viaţă. Acest lucru genera insatisfacţie şi îi producea clientei o dispoziţie depresivă.

Acest model de comportament funcţiona atât la locul de muncă, cât şi în relaţiile interpersonale.

În loc să abordeze separat problemele clientei, terapeutul s-a folosit de această ipoteză pentru a acţiona – prin intermediul unor strategii diverse – în vederea depăşirii acestui model dezadaptativ de comportament. Mai precis, terapeutul a ajutat-o pe clientă să întreprindă diverse acţiuni pentru atingerea obiectivelor personale şi să persevereze în aceste demersuri, chiar dacă simte un anumit disconfort sau este lipsită de speranţă.

• Conceptualizarea cazului a ajutat clienta să joace un rol activ şi colaborativ în cursul terapiei, lista de probleme şi ipoteza terapeutică fiind formulate în urma unor discuţii deschise, purtate între client şi terapeut.

Clienta a înţeles faptul că tendinţa ei de a renunţa şi de a se simţi descurajată are la bază o schemă cognitivă formată în copilărie şi a colaborat activ pentru a testa în practică validitatea ipotezei de lucru.

Clienta a căpătat mai multă încredere în sine atunci când a realizat faptul că poate identifica şi modifica modelele dezadaptative de comportament.

Conceptualizarea cazului i-a permis terapeutului să prevadă şi să gestioneze obstacolele şi blocajele care apar pe parcursul demersului terapeutic. Astfel, de pildă, acesta nu s-a lăsat surprins de faptul că Ana avea dificultăţi în îndeplinirea sarcinilor pentru acasă, aceste dificultăţi fiind din aceeaşi categorie cu problemele cu care se confruntă clienta.

VII. Obstacole care stau în calea unei psihoterapii eficiente

Psihanaliştii definesc rezistenţele ca fiind modalităţile prin care pacientul luptă împotriva ideilor, imaginilor şi impulsurilor inacceptabile generatoare de anxietate.

Refularea acestora de către instanţele ego-ului şi depozitarea în zone inconştiente ale personalităţii reprezintă cauza tulburărilor psihopatologice.

Conceptul de rezistenţă a fost introdus pentru prima oară de Freud în anul 1890.

Iniţial, conceptul de rezistenţă a primit o conotaţie negativă, aceasta contribuind la menţinerea cu orice preţ a stării psihopatologice (Menninger, 1958, Stark, 1994).

De-a lungul timpului, viziunea asupra rezistenţelor a suferit modificări, acestea nemaifiind considerate în întregime un fenomen negativ care ţine doar de variabila pacient.

O serie de autori (Deaton, 1985, Gerber şi Nehemkis, 1986, Adelman şi Taylor, 1986, Ellis, 1985, Meichenbaum şi Gilmore, 1982) au sesizat natura adaptativă a rezistenţelor.

Astfel, rezistenţa la psihoterapie reprezintă o încercare a clientului de a recâştiga autocontrolul asupra unei părţi a existenţei sale (Adelman şi Taylor, 1986).

Nefiind de acord cu rolul pe care i-l propune terapeutul, clientul îşi exercită într-un fel autocontrolul (Leahy, 2001).

Un alt exemplu de rezistenţă de tip adaptativ o reprezintă situaţia în care clientul se opune autorităţii terapeutului despre care crede că nu a înţeles suficient de bine problema sa, ori nu l-a receptat sub aspect emoţional supunându-l doar la o serie de strategii de intervenţie terapeutică (Leahy, 2001).

Până în jurul anilor 1980, în ciuda caracterului contradictoriu, majoritatea autorilor au continuat să pună absenţa progresului terapiei pe seama unor atitudini sau particularităţi ale clientului (Davis, 1966, Gordis, 1976, Becker şi Rosenstock, 1984).

Mulți terapeuți, mai ales de orientare psihodinamică, se așteaptă ca pacientul să progreseze atunci când a obținut un „insight" (iluminare) asupra problemelor sale (Basch, 1982). Când acest progres se lasă așteptat, terapeutul frustrat își poate eticheta clientul ca fiind rezistent. Același autor denumește acest tip de rezistențe „pseudorezistențe".

Lazarus și Fay (1982) consideră că ceea ce terapeuții denumesc prin intermediul termenului de rezistență poate fi doar o raționalizare a eșecului în terapie. Ei sunt de părere că termenul de rezistență nu trebuie generalizat, terapeutul trebuind să realizeze diferența dintre rezistența clientului, rezistența problemei și factorii situaționali care o mențin.

Caracteristici mai recente au evidențiat faptul că variabilele ce țin de client reprezintă doar unul din aspectele multiple care influențează rezistența la terapie, pe lângă acestea, procesul fiind determinat și de variabile ce țin de terapeut, de relația dintre client și terapeut, precum și de cele situaționale.

Psihoterapeuții de orientare cognitiv comportamentală au accentuat rolul distorsionărilor cognitive ale clientului în apariția și menținerea rezistențelor la terapie (Burns, 1989) sau a stilului evitant de a face față problemelor (Beck, Freeman și colaboratorii, 1990).

Freeman și McCloskey (2003) propun în locul termenului de rezistență (psihanalitic) sau non-complianță (comportamental), pe cel de obstacol sau barieră în calea demersului terapeutic, autorii identificând 41 de surse ale acestor obstacole, surse care țin de client, de terapeut, de mediul înconjurător sau de patologia clientului.

Sarcina terapeutului este să identifice aceste obstacole, să-l determine pe client să le conștientizeze și să includă în cadrul planului de terapie strategii specifice de contracarare a lor în vederea progresului terapiei.

Factori care țin de client (pacient)

1. Absența abilităților de a se integra în cadrul demersului psihoterapeutic și de a se conforma expectațiilor ce derivă din acestea.

Se presupune adesea ca fiind de la sine înțeles că un client depresiv știe cum trebuie să procedeze pentru a-și face mici bucurii sau unul anxios înțelege exact ce trebuie să întreprindă pentru a se calma.

Beck, Freeman și colaboratorii (1990) consideră că persoanele cu tulburări de personalitate nu au dobândit niciodată deprinderea de a pune în funcțiune comportamente adaptative.

2. Convingerile negative formate în urma eșecului altor tratamente.

Medicamentele care nu au avut efectele scontate, terapiile încercate fără succes, banii cheltuiți sau timpul pierdut fără ca problema să se rezolve contribuie

la crearea unui set de expectaţii negative referitoare la eficienţa terapiei. Chiar dacă se obţin progrese şi simptomele se ameliorează, mulţi pacienţi continuă să considere că terapia a eşuat pentru că, dacă aceasta ar fi funcţionat, ei nu s-ar mai afla în cabinet.

3. Convingerile negative referitoare la efectele pe care le vor avea asupra celorlalţi, modificarea modului lor de comportament.

Perspectiva sistemică în psihoterapie postulează faptul că pacientul identificat reprezintă adesea un exponent al unei patologii a familiei.

Ţinând seama de acest lucru, orice modificare în sensul ameliorărilor tulburărilor acestuia va avea repercusiuni asupra celorlalţi membrii ai sistemului familial. Din acest motiv, clientul se poate teme de faptul că orice schimbare ar putea avea un efect dezastruos asupra celorlalţi, cum s-ar putea întâmpla în cazul tulburării obsesiv-compulsive.

4. Beneficiile secundare.

Mulţi subiecţi învaţă repede că invaliditatea în ciuda costurilor ridicate, le poate aduce şi anumite avantaje cum ar fi: puterea exercitată asupra celorlalţi, lipsa unor responsabilităţi sau stimulentul de a fi protejat sau iubit.

Aceste beneficii pot să provină de la persoane apropiate sau de la instituţii sau constau pur şi simplu în reducerea anxietăţii.

5. Teama de schimbare a comportamentului, gândurilor sau stărilor afective,

Unii clienţi sunt deprimaţi, anxioşi sau nefericiţi, dar s-au obişnuit cu stările lor şi consideră orice schimbare un potenţial pericol.

6. Absenţa motivaţiei pentru schimbare.

Lipsa energiei care să-l determine pe individ să urmărească anumite obiective îl poate determina pe acesta să se menţină în aceeaşi stare.

În unele cazuri acţionează factori care îl demotivează pe client, în altele, acesta nu este motivat să facă lucrurile în mod diferit.

Aşa cum am mai subliniat, Freeman şi Dolan (2002) descriu câteva stadii ale motivaţiei schimbărilor terapeutice: faza de noncontemplare, anticontemplare, precontemplare, contemplare, planificare a acţiunii, acţiune, prerecădere, recădere şi menţionarea noilor achiziţii.

Terapeutul va trebui să evalueze atent clientul, pentru a stabili în ce fază se află sub aspectul motivaţiei schimbării.

Astfel, clientul aflat în faza noncontemplării, nu ştie că schimbarea este necesară sau utilă, rezistenţele sale având la bază lipsa de informare.

Subiectul, aflat în faza anticontemplativă se va strădui din răsputeri să evite schimbarea pe care nu şi-o doreşte.

7. Montajul negativ.

Clientul are tendinţa de a reacţiona la orice intervenţie terapeutică printr-un „nu" evident sau printr-o reacţie de tipul „da, dar...".

Nu există o cauzalitate clară a acestui set negativ, putând fi vorba de o reacţie de apărare, de provocare, de un răspuns habitual sau negativismul face parte din patologia persoanei.

Setul de reacţii negative se poate generaliza de la un terapeut anume, la psihoterapie în general sau la orice tip de relaţie apropiată.

Un astfel de stil poate fi identificat la unii clienţi care suferă de tulburare post-traumatică de stres şi care sunt predispuşi să reacţioneze stereotip la orice situaţie care are unele elemente comune cu psihotrauma.

8. Deficienţe sau limite în ceea ce priveşte automonitorizarea sau monitorizarea celorlalţi.

Psihoterapia presupune o anumită capacitate a subiectului de a-şi autoevalua gândurile, acţiunile şi emoţiile. Unii indivizi dispun de un vocabular emoţional limitat sau de un repertoriu limitat de comportamente. Aceştia au dificultăţi de a-şi accesa gândurile sau de a înţelege cum şi de ce trebuie să realizeze acest lucru.

Aceste limitări pot să ţină şi de concepţia lor despre sine care nu le permite să accepte că trebuie să monitorizeze ceea ce spun sau întreprind.

Conceptul de „alexithimie" caracterizează acele persoane care au dificultăţi de a-şi recunoaşte, denumi sau descrie stările emoţionale.

Punctul esenţial în cadrul demersului terapeutic îl reprezintă autocunoaşterea care reprezintă primul pas în direcţia schimbării.

9. Frustrările legate de absenţa progresului în terapie precum şi perceperea statutului de pacient ca fiind un semn de inferioritate.

Mulţi pacienţi vin la un cabinet după ce au consultat numeroşi specialişti ani de-a rândul, aşteptând o soluţie pentru problemele lor emoţionale. Acestora li s-a promis că dacă îşi conştientizează trăirile, îşi modifică stilul de gândire, iau medicamente, evită interacţiunile negative sau se relaxează, probleme lor se vor rezolva.

Aceştia împreună cu terapeuţii sau persoanele semnificative vor simţi un acut sentiment de frustrare atunci când nu s-au obţinut rezultate.

Un astfel de client îşi va proiecta sentimentul de frustrare asupra noului terapeut, la acesta adăugându-se frustrările datorate faptului că nu progresează suficient în cadrul noii terapii.

Tabloul clinic este completat cu prejudecata că dacă un subiect se află în terapie, înseamnă că este ceva în neregulă cu el.

10. Deficitul în sfera resurselor personale. (fizice, cognitive şi/sau intelectuale).

Clienţii intră în terapie având, resurse diferite sub aspect fizic, cognitiv sau intelectual.

Astfel, pe unii subiecţi cele mai mici provocări ale vieţii îi pot dezorganiza în mod sever, în timp ce alţii nu vor fi perturbaţi aproape de loc. Provocările şi limitele pacienţilor trebuie luate în considerare şi în planificarea strategiilor de intervenţie terapeutică.

O problemă care este adesea neglijată ţine de deficitul cognitiv care nu-i permite individului un nivel mai sofisticat de procesare a informaţiei care este solicitat de exigenţele demersului terapeutic.

Din acest motiv este de dorit să se lucreze cu unii pacienţi la nivel mai concret decât să ne aşteptăm ca toţi clienţii să aibă dezvoltată capacitatea de abstractizare şi generalizare.

Factori care ţin de psihoterapeut

1. Lipsa experienţei sau lipsa unor abilităţi.

Un terapeut începător poate avea calităţile şi abilităţile necesare dar lipsa de experienţă poate conduce la activarea rezistenţelor clientului.

Abilităţile pentru terapie se formează în cursul dezvoltării personale şi se rafinează, datorită experienţei, elementul central fiind reprezentat de abilităţile de comunicare.

2. Congruenţa dintre distorsionările cognitive ale clientului şi cele ale terapeutului.

Terapeutul, în calitate de fiinţă omenească, nu este scutit de prezenţa unor distorsionări cognitive. Acesta trebuie însă să înveţe să se cunoască şi să-şi identifice distorsionările cognitive. În cazul în care acestea sunt congruente cu ale clientului pot să apară blocaje în terapie.

Mai mult, tulburările psihopatologice ale clientului pot fi accentuate datorită acestei congruenţe.

3. Insuficienta informare a clientului cu privire la specificul tratamentului psihoterapeutic.

Clienţii pot afla unele informaţii cu privire la psihoterapie din mai multe surse: experienţe anterioare cu astfel de tratamente, mass-media, filmul, literatură, familie, prieteni, alţi pacienţi şi terapeut.

Această ultimă sursă nu este suficient de bine utilizată în toate cazurile.

Clientul trebuie informat de către terapeut în detaliu despre durata terapiei, mecanismele acesteia, strategiile aplicate, precum şi despre ce anume se aşteaptă de la el.

Faptul că un client a mai urmat alte forme de terapie nu este relevant pentru ultimul demers deoarece dacă acesta ar fi obţinut rezultate s-ar fi adresat acelui terapeut la care a mai fost.

4. Lipsa colaborării şi alianţei terapeutice.

Alianţa terapeutică reprezintă punctul central al oricărei psihoterapii. Pentru ca aceasta să funcţioneze terapeutul şi clientul trebuie să lucreze în echipă.

Această colaborare nu solicită totdeauna în mod echilibrat cele două părţi.

Cu cât clientul este mai depresiv, cu atât mai puţină energie şi eforturi va depune acesta în timpul şedinţelor de psihoterapie.

De asemenea, în cazul clienţilor care nu se află de bună voie în cabinet sau a adolescenţilor, colaborarea dintre terapeut şi client va fi construită pas cu pas.

Focalizarea terapeutică trebuie să fie centrată pe ajutarea clientului să-şi utilizeze la maximum potenţialul energetic, să atingă un nivel mai înalt de energie şi să se implice cât mai activ în colaborare.

5. Lipsa unor informaţii.

Unii terapeuţi se concentrează asupra diagnosticului şi aplică strategiile învăţate fără a se strădui să obţină date suplimentare legate de severitatea afecţiunii, variabile situaţionale sau particularităţi individuale ale clientului. În absenţa acestor date, tehnicile aplicate vor avea un caracter general, obiectivele terapiei putând fi atinse după un timp mult mai îndelungat.

6. Narcisismul terapeutic.

Acesta îmbracă multe forme. Unii terapeuţi se mândresc în legătură cu dăruirea pe care o manifestă faţă de clienţii lor, considerând că aceştia nu s-ar putea descurca fără ei.

O altă formă a narcisismului terapeutic îi caracterizează pe acei specialişti care se consideră mai inteligenţi şi mai pricepuţi decât sunt de fapt.

Aceştia dau impresia că un profil carismatic poate ţine loc de o fundamentare teoretică solidă şi de un model psihoterapeutic.

Aceştia consideră că ceea ce întreprind ei trebuie acceptat ca atare şi se aplică tuturor pacienţilor, iar dacă unii nu acceptă acest mod de abordare, sunt consideraţi rezistenţi.

Narcisismul terapeutic poate îmbrăca şi forma convingerii că terapiile de lungă durată sunt neapărat mai eficiente sau aceea în care terapeuţii îşi supraapreciază eficienţa şi evită să trimită clientul la alt specialist atunci când acest lucru este necesar.

7. Alegerea nepotrivită a perioadei în care are loc intervenţia.

O intervenţie bine gândită care nu este plasată în momentul potrivit nu va avea rezultatele scontate.

Nu este vorba numai de abilitatea terapeutului de a interveni, ci şi de capacitatea clientului de a înţelege ceea ce i se spune.

Problema perioadei când trebuie realizată intervenţia îşi are originea în anxietatea terapeutului, narcisismul acestuia, absenţa unor abilităţi şi cunoştinţe, sau insuficienta înţelegere a problemelor clientului.

Astfel, în loc să aştepte derularea firească a demersului terapeutic, terapeutul poate simţi impulsul de a aplica o strategie imediat ce aceasta îi vine în minte. Dacă din întâmplare momentul este potrivit, intervenţia va fi bine venită, dar dacă clientul nu este pregătit, acesta o va ignora, o va refuza, sau va fi tentat să rupă alianţa terapeutică.

8. Absenţa obiectivelor terapeutice, obiective terapeutice vagi, nerealiste sau neacceptarea de către client a acestora.

Unul dintre cele mai importante elemente ale unei terapii eficiente îl reprezintă stabilirea unor obiective clare ale psihoterapiei. În absenţa acestei clarificări, terapeutul şi clientul vor putea acţiona pentru atingerea unor obiective diferite.

Obiectivul terapiei trebuie să fie posibil de atins, realist, iar clientul trebuie să fie de acord cu acesta.

Terapeutul, la rândul său, îl va informa pe client în cazul în care acesta formulează obiective nerealiste, utopice.

9. Neluarea în considerare a perspectivei evoluţioniste.

În absenţa înţelegerii proceselor de dezvoltare cognitivă, emoţională, morală sau fizică, terapeutul va presupune că o persoană va funcţiona în acelaşi mod în toate situaţiile.

Ţinând seama de perspectiva dezvoltării, terapeutul îşi va ajusta intervenţiile în funcţie de etapele prin care trece clientul său.

10. Convingerile negative generalizate asupra tulburărilor psihopatologice.

Convingerile negative ale terapeutului cu privire la boala psihică vor influenţa conceptualizarea cazului precum şi alegerea strategiilor terapeutice.

Astfel, dacă acesta consideră că unele afecţiuni cum ar fi schizofrenia, tulburarea afectivă bipolară sau abuzul de substanţe psihotrope sunt netratabile, acesta va abandona clientul înainte de a începe terapia. Mai mult, o conceptualizare negativă a cazului va stabili limite nejustificate cu privire la ceea ce trebuie să facă, la ceea ce trebuie să aştepte de la client sau la tratamentele ajutătoare.

11. Lipsa de creativitate şi flexibilitate în elaborarea planurilor de terapie.

Un tratament eficient nu presupune numai cunoştinţe, abilităţi şi experienţă din partea terapeutului, ci şi un nivel înalt de creativitate şi flexibilitate.

Aceste particularităţi permit ca planul de intervenţie să fie mai flexibil şi să fie adaptat nevoilor clientului.

Un terapeut rigid va trata afecţiunea şi nu pe client ca persoană.

Factori ce țin de ambianță

1. Factorii stresanți care împiedică schimbarea.

Nu de puține ori clienții au dificultăți să urmeze un tratament psihoterapeutic datorită prezenței unor factori stresanți din mediul înconjurător.

În astfel de situații terapeutul va trebui să-l înarmeze pe client cu tehnici de rezolvare de probleme și de a face față stresului înainte de a-l determina să se angajeze în direcția schimbării.

2. Persoanele semnificative care sabotează în mod activ sau pasiv psihoterapia.

Acestea pot descuraja în mod activ sau pasiv schimbarea, pot interveni în desfășurarea demersului terapeutic sau chiar pot lupta deschis cu gândurile, stările emoționale sau cu noile modalități de comportament ale clientului.

În cazul pacienților minori, implicarea părinților în psihoterapie este obligatorie, dar, cu toate acestea, părintele poate sabota terapia neaducând copilul la cabinet, neadministrând medicația prescrisă sau împiedicându-l să-și ducă la îndeplinire sarcinile pentru acasă.

Ținând seama de aceste constatări, obiectivele trebuie să includă și atragerea persoanelor semnificative sau, dimpotrivă, anihilarea influenței negative a acestora.

3. Menținerea și întărirea patologiei datorită beneficiilor acordate de instituții: pensie medicală, despăgubiri etc., ceea ce înseamnă că dacă pacientul se vindecă, acesta își va pierde suportul financiar.

4. Contextul cultural și atitudinea familiei față de situația de a solicita sprijin.

S-a constatat faptul că în unele medii culturale sau în unele familii a solicita ajutor echivalează cu acceptarea stării de slăbiciune.

De asemenea, pot exista îngrijorări legate de faptul că terapeutul ar putea afla unele secrete ale familiei pe care aceasta preferă să le țină ascunse.

În același timp, terapeutul sau clientul pot resimți un oarecare disconfort dacă celălalt aparține altui grup cultural (Aponte, Rivers și Wohl, 1995, Dana, 1993).

5. Psihopatologia familială.

O serie de afecțiuni psihice cu un caracter ereditar, cum ar fi schizofrenia, depresia sau boala afectivă bipolară. În alte cazuri, tulburările psihice își au originea în conflictele și abuzurile care au loc în familie.

Starea de haos sau patologie familială poate reprezenta un obstacol serios în calea schimbării terapeutice, unii clienți nereușind să se elibereze de sub influența familiei decât dacă părăsesc locuința.

Patologia familială îl poate împiedica pe client să frecventeze şedinţele de terapie, să-şi îndeplinească sarcinile pentru acasă, poată să contribuie la menţinerea unei atitudini negative faţă de terapie sau poate îngreuna menţinerea achiziţiilor terapeutice.

6. Cerinţele conflictuale sau nerealiste ale membrilor familiei sau persoanelor semnificative.

Clienţii pot să nu fie edificaţi cu privire la obiectivele lor personale, aceştia lăsându-se adesea pradă frământărilor interioare legate de imposibilitatea schimbării sau de existenţa unor sentimente de neajutorare. Dacă la aceste frământări se adaugă şi opiniile unor persoane apropiate, clienţii pot rămâne blocaţi sau, dimpotrivă, pot acţiona exact invers decât li se cere, ba chiar în detrimentul terapiei.

Mai mult, terapeutul poate fi asimilat cu celelalte persoane care îl solicită pe client să se comporte într-un anumit fel.

7. Cerinţele nerealiste sau conflictuale ale unor instituţii.

Casele de asigurări sunt cele care transmit astfel de mesaje cu caracter nerealist sau contradictoriu: pe de o parte schimbarea este dorită, dar pe de altă parte aceasta trebuie să aibă loc într-un interval limitat pentru care se asigură finanţarea.

8. Factori de natură financiară.

Mai ales în ţara noastră, unde sistemul de asigurări de sănătate nu acoperă – până în prezent – costurile psihoterapiei, includerea în astfel de programe devine prohibitivă pentru un număr însemnat de clienţi.

De asemenea, problemele financiare pot determina un client să rămână în cadrul unei relaţii abuzive de teamă că şi-ar putea pierde resursele de subzistenţă.

9. Homeostazia sistemului.

Perspectiva sistemică postulează faptul că sistemele familiale, la fel ca cele fizice, au tendinţa de a-şi menţine o stare de homeostazie.

Aceasta implică faptul că atunci când se întreprinde o acţiune care poate perturba echilibrul sistemului, acesta va avea tendinţa de a-şi recăpăta echilibrul.

De pildă, dacă un pacient se află într-o poziţie de putere în cadrul sistemului familial, orice acţiune care l-ar putea situa într-o poziţie inferioară va fi considerată ameninţătoare, subiectul depunând eforturi pentru a-şi recăpăta supremaţia.

10. Reţelele suportive ineficiente sau limitate.

Mulţi clienţi consideră că terapeutul reprezintă principalul lor suport psihologic, aceştia neavând sau având foarte puţine persoane de încredere care să-i accepte şi să-i înţeleagă.

În aceste condiţii, întreaga responsabilitate va fi plasată pe umerii terapeutului.

O soluţie a acestei probleme ar fi includerea în cadrul obiectivelor terapeutice a demersului de construire sau activare a unor reţele suportive.

Acest lucru se poate realiza prin includerea clientului în cadrul unor grupuri terapeutice cum ar fi de pildă cel al Alcoolicilor Anonimi.

Factori psihopatologici

1. Rigiditatea pacientului.

Unii pacienţi se cantonează în mod rigid în situaţii familiare, preferând predictibilul chiar dacă acesta le face existenţa dureroasă şi problematică.

Rigiditatea cognitivă şi emoţională îi împiedică pe clienţi să-şi modifice gândurile şi convingerile sau să achiziţioneze noi modele de comportament. Pacienţii rigizi au dificultăţi de învăţare în timpul terapiei şi nu reuşesc decât rareori să-şi formuleze stiluri adaptative mai sănătoase.

2. Dificultatea stabilirii unei relaţii terapeutice bazate pe încredere.

Există mai multe motive pentru care clienţii pot avea dificultăţi de a acorda încredere terapeutului: maniera în care s-au realizat ataşamentele de-a lungul istoriei vieţii clientului, nepotrivirea dintre client şi terapeut sub aspectul unor trăsături de personalitate, calificarea şi competenţa terapeutului sau expectaţiile nerealiste ale acestuia din urmă.

De asemenea, mulţi clienţi au idei preconcepute cu privire la calităţile pe care trebuie să le aibă terapeutul, începând cu vârstă, sex, origine etnică sau opţiuni politice.

3. Autodevalorizarea.

Concepţie negativă despre sine a clientului ce poate conduce la activarea rezistenţelor la terapie.

Pacienţii cu stimă de sine scăzută consideră că ei sunt răspunzători de eventualele eşecuri ale terapiei şi nu factorii de natură conjuncturală.

Clienţii consideră că nu sunt suficient de buni şi că nu merită să se schimbe. Aceste convingeri le crează sentimente de lipsă de speranţă şi disperare care, la rândul lor, alimentează comportamentele autodistructive.

Uneori clienţii se tem să-şi etaleze părţile negative în faţa terapeutului; se scuză pentru că nutresc anumite dorinţe şi orice discuţie legată de acestea le produce depresie şi anxietate.

4. Lipsa de energie a clientului.

Clienţii depresivi nu au puterea de a acţiona şi, uneori, nici de a gândi, afirmând adesea că îşi simt mintea goală de conţinut.

În aceste cazuri terapeutul va trebui să acţioneze asupra depresiei, uneori cu ajutor medicamentuos şi să elaboreze planuri de acţiune care să cuprindă paşii ce trebuie urmaţi în direcţia schimbării.

5. Impulsivitatea.

Persoanele impulsive iau decizii pripite şi, de regulă nu acţionează, ci reacţionează. În acelaşi timp acestea sunt caractrizate prin nerăbdare; duc o existenţă haotică pentru că nu anticipează consecinţele acţiunilor lor înainte de a reacţiona. Deoarece ei nu reflectează asupra experienţelor trecute, nu pot învăţa cu uşurinţă din acestea.

De asemenea, le vine greu să renunţe la gratificaţiile imediate, fapt ce îngreunează punerea în aplicare a celor învăţate în timpul terapiei.

Impulsivitatea, precum şi lipsa progresului în terapie vor crea terapeutului frustrări, activându-i convingerile negative cu privire la succesul terapiei, element ce va afecta relaţia terapeutică.

6. Nevoia exagerată de autonomie.

Unii clienţi au dificultăţi să accepte ajutor din afară. Aceştia consideră că au un stil autonom şi nu permit celorlalţi să pătrundă în intimitatea lor. Ei se simt rataţi dacă apelează la membrii familiei, la prieteni sau la psihoterapeut, temându-se de faptul că îşi vor pierde autostima dacă se vor angaja într-o relaţie psihoterapeutică.

Nevoia de autonomie va împiedica formarea unei alianţe terapeutice eficiente.

7. Dependenţa.

Clienţii dependenţi caută la ceilalţi soluţii pentru rezolvarea problemelor lor. Ei adoptă o atitudine de supunere faţă de terapeut cu speranţa că vor obţine aprobare şi suport, sperând că terapeutul le va rezolva toate problemele şi le va conduce viaţa.

Aceşti clienţi sunt excesiv de sensibili la critică şi dezaprobare, ei preferând confortul pe care îl obţin în urma ajutorului celorlalţi, decât să lucreze asupra propriilor probleme.

Ei vor avea tendinţa să prelungească în mod nejustificat terapia, fără să pună în aplicare cele învăţate.

8. Complexitatea.

Rareori clienţii se prezintă la psihoterapie pentru o singură problemă. Mulţi dintre aceştia evită să prezinte toate problemele lor fie pentru că le consideră prea complicate şi îi depăşesc, fie pentru că se jenează de acestea. Cele mai frecvente probleme care prezintă motive de solicitare a ajutorului terapeutic sunt depresia, atacurile de panică, anxietatea generalizată sau problemele maritale.

Cu toate acestea, practica a dovedit că pacienții au și multe alte probleme.

Să presupunem că o clientă în vârstă de 39 de ani suferă de depresie severă, pe fondul unei personalități de tip dependent, este diagnosticată cu neoplasm mamar, a fost disponibilizată de la serviciu, i-a murit mama de curând, soțul a părăsit-o, iar fiul în vârstă de 14 ani are tulburări de comportament.

Chiar și un terapeut experimentat se va simți depășit în cazul unei astfel de situații, având dificultăți să decidă de unde să înceapă.

Deoarece progresele nu sunt suficient de rapide și evidente, este posibil ca un pacient cu probleme complexe să-și piardă răbdarea și să abandoneze terapia.

9. Dificultățile de înțelegerea datorate unor abilități cognitive limitate.

Planul de terapie are mult mai multe șanse de a fi eficient în cazul în care clientul înțelege ceea ce se întâmplă și participă în mod activ la acesta.

În cazul în care terapeutul nu prezintă problemele în termeni simpli iar clientul are dificultăți de înțelegere, acesta nu numai că nu va beneficia de pe urma terapiei, dar se va simți și frustrat de materialul complicat pe care nu este capabil să-l asimileze.

De asemenea, tulburările în sfera memoriei sau în ceea ce privește concentrarea atenției îl vor împiedica pe pacient să învețe și să utilizeze cele învățate în viața de zi cu zi.

10. Probleme de ordin medical.

Clienții care au probleme somatice pot considera că acestea sunt prioritare și sunt mai concrete decât cele emoționale, acestea din urmă fiind considerate un lux.

Problemele medicale îl pot împiedica și în mod obiectiv pe client să se angajeze în terapie.

VIII. Rolul conceptualizării cazului în prevenirea şi abordarea dificultăţilor care apar în timpul terapiei

Needleman (2003) precizează faptul că formularea sau conceptualizarea cazului joacă un rol deosebit de important în cadrul terapiei cognitive. Aceasta se referă, aşa cum am mai subliniat, la elaborarea unei scheme explicative asupra problemelor clientului care să servească drept ghid pentru demersul terapeutic. Acesta se realizează integrând informaţiile din cadrul interviului iniţial cu cele ale modelului cognitiv elaborat de Beck.

Terapeutul va modifica şi va rafina schema prin integrarea noilor date care rezultă în urma evaluărilor ulterioare precum şi a modului în care clientul răspunde la intervenţiile terapeutice aplicate.

Se poate spune că formularea sau conceptualizarea cazului reprezintă un model de lucru care implică mai multe ipoteze interdependente unele de altele şi care trebuie verificate.

Aşa cum am mai arătat mai sus, modelul cognitiv al lui Beck postulează faptul că procesele şi conţinuturile cognitive reprezintă cauza majoră a reacţiilor emoţionale şi comportamentale pe care le are individul în situaţiile de viaţă, determinând şi modelele adaptative sau dezaptative de comportament pe termen lung (Beck et al, 1990)

Din acest motiv, pentru a asigura succesul demersului terapeutic, terapeutul va trebui să înţeleagă în profunzime modul de gândire şi sistemul de credinţe şi convingeri ale clientului.

Conform concepţiei lui Beck (Beck et al, 1990) conţinutul cognitiv este organizat ierarhic. Cele mai puţin durabile şi generale cogniţii sunt reprezentate de gândurile negative automate care reprezintă idei şi imagini legate de modul în care subiectul simte şi acţionează într-o situaţie particulară („sunt sigur că voi cădea la examenul de licenţă“).

În cadrul conceptualizării cazului este important ca terapeutul să identifice acele situaţii care declanşează gânduri negative automate şi care, la rândul lor, generează stări afective disfuncţionale şi comportamente dezadaptative.

La celălalt capăt al continuum-ului se află convingerile de bază care reprezintă categoria centrală şi profundă a cogniţiilor subiectului („trebuie totdeauna să fac totul perfect pentru a mă considera o persoană valoroasă"). Convingerile de bază se formează în copilărie, îl însoţesc pe individ de-a lungul vieţii, fiind activate în diverse situaţii. Acestea determină modul în care oamenii se apreciază pe ei înşişi, evaluează situaţiile şi lumea în ansamblul ei.

Pentru a preveni blocajele din timpul terapiei, terapeutul împreună cu clientul va trebui să identifice şi să combată aceste convingeri de bază cu caracter implicit, care contribuie la apariţia unor comportamente dezadaptative şi care pot avea influenţă asupra progreselor terapeutice.

Atunci când încearcă să identifice convingerile disfuncţionale de bază, terapeutul va putea face apel la anumite teme majore la care se referă literatura de specialitate.

Astfel, Beck se referea la aşa-numita triadă cognitivă care cuprinde convingeri referitoare la propria persoană („niciodată nu voi face destul pentru a-i mulţumi pe cei dragi"), lume în general („pericolele mişună pretutindeni") şi viitor („nu voi reuşi să realizez niciodată nimic").

Au mai fost identificate şi alte tipuri de convingeri disfuncţionale de bază:

- convingeri legate de starea de sănătate (în cazul atacului de panică – „voi suferi o catastrofă fizică sau mentală"; „voi muri"; „voi înnebuni");
- convingeri cu conţinut socio-cultural („este inacceptabil pentru un bărbat să aibă probleme emoţionale");
- convingerea referitoare la valorizarea socială („dacă nu obţin performanţe înalte, înseamnă că sunt un ratat").

Unele dintre aceste convingeri influenţează reacţia clientului la psihoterapie. Menţionăm câteva dintre acestea:

- convingeri legate de neîncrederea în oameni („ceilalţi îmi vor face rău");
- convingeri referitoare la lipsa de speranţă („orice aş face nu mă va putea ajuta");
- convingeri referitoare la stima de sine scăzută („nu sunt capabil să fac nimic pentru a-mi îmbunătăţi existenţa");
- convingeri legate de teama pierderii libertăţii interioare care pot îmbrăca următoarea formă: „nimeni nu are dreptul să-mi spună ce trebuie să fac".

A treia categorie de conţinuturi cognitive o reprezintă convingerile de tip intermediar care nu au un caracter central ca cele de bază, dar nici situaţional.

Acestea pot îmbrăca forma unor convingeri condiţionale („dacă nu voi reuşi să obţin performanţe deosebite la locul de muncă, înseamnă că sunt un ratat"), sau se pot referi la sistemul de valori („să fii o persoană bună"; „să-i domini pe ceilalţi" etc.) sau la reguli cu caracter implicit („nu trebuie niciodată să le arăt celorlalţi stările mele emoţionale negative").

O altă categorie de convingeri intermediare se referă la cele implicate în procesul schimbării.

Prochaska şi Di Clemente (1992) se referă la convingerile intermediare specifice modelului etapelor „transteoretice" ale „schimbării care postulează faptul că oamenii parcurg nişte stadii predictibile în cadrul demersului terapeutic, eficienţa terapiei crescând atunci când terapeutul îşi adecvează intervenţiile etapelor pe care le parcurge clientul său (Prochaska et. al, 1994).

Primul stadiu este denumit stadiul precontemplării caracterizat prin faptul că subiectul nu conştientizează problema sa şi nu se gândeşte la schimbare. Acesta manifestă rezistenţă faţă de orice informaţie care îi sugerează faptul că ar avea o problemă („eu nu beau prea mult; problema mea este că mă cicăleşte soţia").

Aflat în al doilea stadiu, cel al contemplării, clientul realizează faptul că are o problemă şi se gândeşte să o rezolve în viitor, dar nu se angajează încă în mod concret să o rezolve, manifestând încă o atitudine ambivalentă faţă de renunţarea la comportamentul problematic („ştiu că băutura îmi crează conflicte cu familia şi îmi strică sănătatea, dar trebuie să mă relaxez şi eu într-un fel").

Blocajele care pot să apară în calea demersului de angajare în direcţia schimbării pot să ţină de sentimentul ineficienţei personale.

În etapa de preparaţie, subiectul este pregătit să acţioneze în viitorul apropiat şi îşi face planuri în vederea modificării comportamentului problematic.

Urmează etapa acţiunii în cadrul căreia indivizii au realizat modificări evidente în plan comportamental, precum şi în împrejurările externe, astfel încât modificările comportamentale să fie susţinute.

În etapa de menţinere, clientul se străduieşte să păstreze achiziţiile dobândite şi să prevină recăderile.

Freeman şi Dolan (2001) propun întregirea modelului cu etapele de prerecădere şi recădere şi sugerează intervenţii speciale specifice acestora.

Un alt element important al modelului cognitiv şi al conceptualizării cognitive a cazului îl reprezintă strategiile compensatorii. Acestea sunt strategii interne sau externe (de „coping") care îl ajută pe client să facă faţă sistemului şi provocărilor provenite din mediul înconjurător.

Strategiile compensatorii reprezintă mecanismele de apărare ale ego-ului, evitarea situaţiilor, retragerea socială, păstrarea aparenţelor, sacrificiul de sine, tendinţa de a face pe plac celorlalţi, inactivitatea, exploatarea şi manipularea celorlalţi, comportamentele adictive şi tendinţa de refugiere în hiperactivitate.

Aceste strategii îi pot crea clientului diverse probleme existenţiale şi, dacă nu sunt bine gestionate, devin obstacole în calea progresului terapeutic.

Considerarea unei strategii de acest tip ca fiind adaptativă sau dezadaptativă trebuie să ţină seama de nivelul de materializare al acesteia, de adecvare la situaţie şi de flexibilitatea ei (Vaillant, 2000).

Beck şi colaboratorii (1990) subliniază faptul că, la subiecţii cu tulburări de personalitate, unele strategii compensatorii sunt subdezvoltate, în timp ce altele sunt supradezvoltate.

Astfel, subiecţii cu tulburare de personalitate schizoidă îşi supradezvoltă capacitatea de a acţiona autonom şi independent şi îşi subdezvoltă abilitatea de cooperare şi de a avea relaţii de tip intim.

Strategiile cu caracter dezadaptativ menţin tulburările emoţionale şi comportamentale dezadaptative. Neacordarea unei atenţii suficiente factorilor care le menţin contribuie adesea la eşecul tratamentului.

Young şi colaboratorii afirmă că subiecţii aleg una din trei strategii rigide care îi determină să menţine simptomele psihopatologice (McGinn şi Young, 1996, Young, 1990):

- accesează şi activează schemele dezadaptative (de exemplu un subiect dependent îşi alege parteneri dominanţi);
- evită orice acţiune care ar putea avea legătură cu schemele cognitive (disociere, evitare sau abuz de substanţe psihotrope);
- supracompensare (o schemă referitoare la incapacitate poate genera un comportament de superioritate în raport cu ceilalţi).

Aceste strategii diferite ne explică faptul că unii subiecţi care au aceleaşi convingeri disfuncţionale de bază acţionează în mod diferit.

În acelaşi timp, terapeutul va trebui să ia în consideraţie şi alţi factori care pot să contribuie la menţinerea problemei clientului:

- evaluarea situaţiilor sau reamintirea unor evenimente în concordanţă cu schemele cognitive;
- lipsa unor cunoştinţe sau abilităţi referitoare la strategii cu un caracter mai adaptativ;
- un nivel înalt de activare fiziologică ce interferează cu procesul de rezolvare de probleme;
- soliditatea unor modele comportamentale care sunt întărite periodic;
- întăririle imediate care depăşesc ca forţă sancţiunile pe termen lung;
- evitarea care împiedică infirmarea convingerilor de tip catastrofizant;
- ineficienţa autopercepută care sabotează imaginea de sine a clientului („dacă nu aş bea, aş avansa la serviciu");
- profeţiile autoîmplinite;
- anxietatea legată de schimbare („nu voi mai fi eu însumi");
- sentimentul lipsei de speranţă;
- mediul social care întăreşte comportamentele dezadaptative;
- cercul vicios.

Obiectivul major al conceptualizării cazului constă în alegerea celor mai eficiente metode de intervenţie terapeutică în acord cu particularităţile individuale ale fiecărui client.

Aşa cum am subliniat mai sus, un element important în cadrul conceptualizării cazului îl reprezintă stadiul în care se află clientul în cadrul demersului de schimbare.

De pildă, clienţii aflaţi în stadiul de contemplare beneficiază de strategii de intervenţie care au menirea să încline balanţa în direcţia schimbării, intervenţii care subliniază îngrijorările clientului referitoare la comportamentul problematic care întăresc motivaţia schimbării, întăresc eficienţa personală, cresc nivelul de activism al subiectului sau îi ajută să se reevalueze corect (clarificarea valorilor, strategii imaginative etc.).

Atunci când selectează strategii de intervenţie pentru persoane care suferă de o singură tulburare pentru care există strategii de tratament validate empiric, terapeutul poate face apel la manuale specializate.

Astfel de tehnici, validate empiric, au fost alcătuite pentru depresie (Beck, Rush şi Emery, 1979) tulburare afectivă bipolară (Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington şi Gyulai, 2002), tulburări ale personalităţii (Beck et al, 1990), abuzul de substanţe psihotrope (Beck, Wright, Newman şi Liese, 1993) sau fobia socială (Chamblless şi Hope, 1996).

Chiar în cazul unor reţete standardizate de terapie, conceptualizarea cazului prezintă importanţă pentru individualizarea strategiilor de intervenţie.

Marian şi Roxana sunt doi studenţi care suferă de atacuri de panică, convingerea lor disfuncţională de bază postulând faptul că se va produce o catastrofă în organismul lor. În timpul atacului de panică Marian trăia o senzaţie de ameţeală şi de irealitate şi nutrea gândul că va înnebuni, în timp ce Roxana avea tahicardie şi dureri în zona toracelui, gândul negativ automat fiind că va face un infarct. Deşi ambii clienţi au urmat aceeaşi paşi în cadrul tratamentului, acesta a fost individualizat în funcţie de particularităţile fiecărui caz în parte. Restructurarea cognitivă a vizat gândurile negative specifice iar metodele de inducere controlată a stării de panică au fost diferite: Marian a fost expus senzaţiei de ameţeală indusă într-un scaun rotitor, în timp ce realiza hiperventilaţie (respiraţie accelerată), în timp ce Roxana a fost solcitată să practice exerciţii fizice în forţă. În felul acesta, primul a constatat că nu va înnebuni, în timp ce a doua clientă s-a convins de faptul că are o inimă sănătoasă.

În cazul clienţilor cu probleme multiple, terapeutul va trebui să se convingă dacă este cazul să fie abordaţi prin intermediul terapiei cognitiv-comportamentale. Dacă răspunsul este afirmativ, se pune problema stabilirii obiectivelor terapeutului şi a priorităţilor intervenţiei. Decizia referitoare la acestea va trebui să ţină seama de următoarele aspecte:

- importanţa obiectivelor terapeutice (simptomul prezintă riscuri pentru viaţa şi integritatea clientului, îl împiedică să funcţioneze în domenii esenţiale ale existenţei);
- caracterul primar al anumitor probleme în raport cu altele;
- accesibilitatea abordării anumitor obiective în raport cu altele;
- preferinţele clientului.

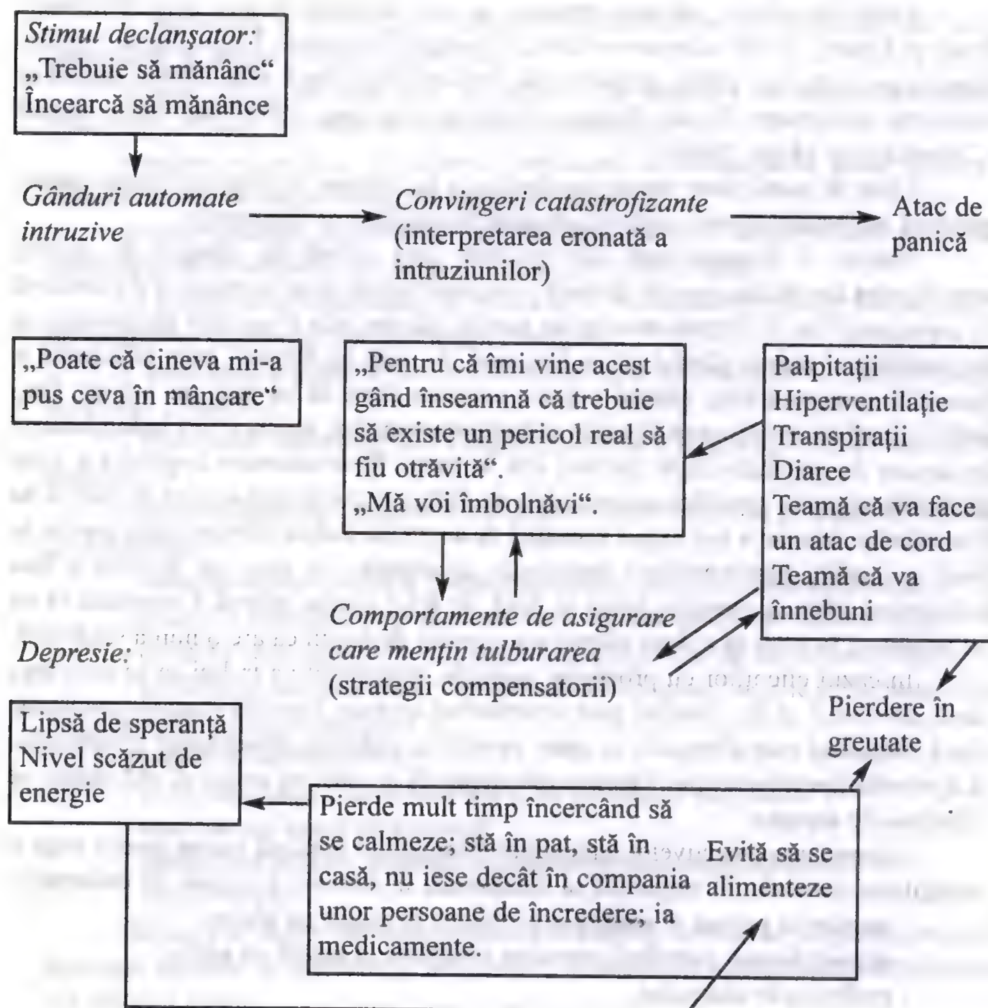
Studiu de caz

Cornelia, o studentă în vârstă de 21 de ani, subponderală, prezenta fobie de a mânca, scădere masivă în greutate, depresie, anxietate şi deficit în funcţionarea socială.

Ea a fost îndrumată către psihoterapeut în urma eşecului de a lua în greutate, fapt ce reprezintă un risc major pentru sănătatea şi viaţa clientei.

Deşi clienta era foarte slabă (42 Kg la 1,72 cm) şi cu fobia de a mânca, ea avea o imagine corporală normală şi dorea mult să câştige în greutate. Simptomatologia fobică interacţiona cu tulburări obsesiv-compulsive, panică şi depresie.

Conceptualizarea cazului (adaptat după Leahy, 2003, p. 9):



Modelul de conceptualizare a cazului postulează faptul că atunci când Cornelia încearcă să mănânce îi vin în minte gânduri automate intruzive legate de faptul că cineva îi pune ceva în mâncare. Clienta interpretează în mod catastrofic aceste gânduri considerând că ele reflectă realitatea (cineva vrea să o otrăvească și dacă mănâncă se va îmbolnăvi sau va muri). Alimentația și cognițiile asociate cu aceasta vor declanșa un atac de panică cu palpitații, hiperventilație, diaree (care contribuie la scăderea în greutate) și teama că va înnebuni, se va îmbolnăvi grav datorită otrăvirii, sau va face un infarct.

Clienta prezintă mai multe atacuri de panică pe zi și ca reacție la acestea declanșează niște comportamente de asigurare care nu fac decât să mențină simptomele (strategii compensatorii); se izolează aproape tot timpul într-o cameră întunecoasă, stă în pat, își ia pulsul, respiră adânc și evită să mănânce. Atunci când mănâncă totuși este hipervigilentă, față de orice fel de simptom gastrointestinal. Nu iese din casă decât foarte rar și atunci însoțită de unul din părinți.

Conform modelului cognitiv, comportamentele de asigurare o împiedică pe clientă să infirme convingerile sale cu caracter catastrofic.

Anxietatea accentuată nu-i permite să se adapteze stimulilor declanșatorii (situația de a se alimenta).

De asemenea, absența unor activități care să o satisfacă, izolarea socială și absența progreselor în urma tratamentului îi accentuează depresia, clienta simțindu-se lipsită de speranță, apatică, resemnată și în același timp furioasă pe ea însăși, elemente care contribuie la dificultățile de a se alimenta. Lipsa alimentației contribuie, la rândul ei, la depresie.

Interviul clinic evidențiază faptul că Cornelia a fost un copil bolnăvicios care a petrecut mult timp în spitale în primii trei ani de viață. La intrarea în școală a avut un episod de scurtă durată caracterizat prin anxietate accentuată, plâns facil, fobie de întuneric și pavor nocturn. Părinții, ingineri de profesie, nu erau excesiv de protectori și nu prezentau tulburări psihopatologice. În familie nu au fost semnalate conflicte majore, deși în ultimul timp părinții se simțeau depășiți de problemă.

Terapeutul a propus – într-o primă etapă – ca ședințele să aibă loc de trei ori pe săptămână cu o durată de 35-40 de minute. Ținând seama de gravitatea cazului, Cornelia a fost informată că dacă va mai pierde în greutate o jumătate de kilogram va fi internată în spital pentru perfuzii.

Obiectivul inițial al terapiei l-au constituit atacurile de panică, ideile obsesive legate de otrăvire și anxietatea referitoare la alimentație.

Clientei i-a fost explicat modelul cognitiv al anxietății. Cu acordul medicului de familie a fost utilizată metoda hiperventilației pentru a induce atacul de panică și pentru a o înarma pe clientă cu strategii de contracarare a acestora.

În următoarele trei săptămâni atacurile de panică s-au redus aproape la jumătate.

Încă de la începutul terapiei s-a lucrat asupra restructurării cognitive a gândurilor obsesive referitoare la otrăvire. Pentru a o desensibiliza pe clientă la

stimuli legație de alimentație a fost alcătuită o ierarhie a unor alimente pe care clienta a fost dirijată să le consume treptat în cantități mici. Treptat, pierderea în greutate a fost stopată, frecvența scaunelor diareice scăzând foarte mult.

După aproximativ șase săptămâni s-a produs o creștere ușoară și gradată în greutate, până la 47 de kilograme. În acest moment, medicul psihiatru a prescris o doză mică de antidepresiv (Prozac).

Terapia cognitiv-comportamentală a fost asociată cu hipnoza clinică timp de un an de zile.

Clienta a ajuns la o greutate aproape normală (59 kilograme), s-a mutat singură într-o garsonieră și s-a înscris la facultatea de psihologie.

Conceptualizarea cazului îl ajută pe terapeut să depășească eventualele blocaje apărute în timpul terapiei.

Astfel, Diana, o doctoriță în vârstă de 27 de ani, nutrea convingerea disfuncțională de bază că nu merită să fie fericită pentru că este atât de multă suferință în lume. Clienta se simțea vinovată atunci când nu era deprimată sau epuizată. Datorită acestei convingeri, Diana ajuta pe toată lumea care avea nevoie, fapt ce a condus-o la epuizare fizică și psihică și la deteriorarea relației cu prietenul ei.

Nedleman (2003) ne prezintă modalitatea prin care conceptualizarea cazului poate contribui la prevenirea și contracararea a trei forme de blocaje care apar pe percursul terapiei.

1. Perfecționismul.

Ramona, studentă la arhitectură în vârstă de 24 de ani, nutrea convingerea disfuncțională de bază: „dacă fac vreo greșeală sunt o ratată". Din acest motiv, ea evita toate sarcinile care puteau constitui o provocare. Această tendință de evitare o împiedica să se prezinte la examene, deși era bine pregătită, și să-și găsească un partener.

Ținând seama de conceptualizarea cazului, terapeutul a prevăzut faptul că perfecționismul o expunea pe Ramona riscului de a nu-și duce la îndeplinire sarcinile pentru acasă și de a se descuraja dacă încerca să îndeplinească o sarcină și nu reușea s-o facă perfect.

Aceste predicții au ajutat-o pe clientă să realizeze faptul că terapeutul îi înțelege problemele. Terapeutul i-a explicat faptul că terapia reprezintă un proces de învățare în cadrul căruia greșelile sunt inevitabile și chiar acestea pot fi benefice până la un anumit punct, deoarece favorizează învățarea.

În cadrul sarcinilor pentru acasă i s-a cerut clientei să facă greșeli în mod deliberat. Metoda dialogului socratic a fost utilizată pentru a-i demonstra clientei că este inevitabil ca un om să nu comită erori și că este bine ca unele activități să fie realizate imperfect pentru că astfel se poate economisi timp pentru activități agreabile.

Analiza beneficiilor și costurilor a fost la rândul ei folosită pentru a analiza avantajele și dezavantajele menținerii unor convingeri de tip perfecționist,

evidenţiindu-se faptul că, pe termen lung, predomină dezavantajele care o fac pe clientă să evite o serie de activităţi importante.

Terapeutul a utilizat şi o serie de strategii adiţionale pentru a diminua riscul ca tendinţele perfecţioniste să împiedice progresul terapiei. Acesta a învăţat-o pe Ramona să-şi monitorizeze stările afective negative, să recunoască gândurile automate de tip perfecţionist şi să le eticheteze ca atare.

Au fost trasate astfel de sarcini pentru acasă în îndeplinirea cărora clienta să nu eşueze (i s-a dat următorul instructaj: „dacă ai tendinţa de a evita să notezi reacţiile tale, caută să sesizezi în plan mental gândurile şi stările tale afective care te împiedică să faci acest lucru şi descrie-mi-le în cursul şedinţei următoare").

În ciuda acestor strategii, au existat situaţii în care Ramona a evitat să-şi îndeplinească sarcinile şi s-a simţit vinovată şi descurajată. Terpeutul a etichetat aceste situaţii ca fiind utile, pentru că realizau o modelare a comportamentului ei în viaţa reală şi ofereau material de lucru pentru şedinţele de psihoterapie.

Pentru a reduce sentimentele de culpabilitate şi ruşine, terapeutul i-a povestit Ramonei cum a făcut anumite greşeli minore, care nu i-au adus prejudicii prea mari.

Demersul terapeutic a contribuit la reducerea perfecţionismului, fapt ce a contribuit la reducerea anxietăţii, ameliorarea dispoziţiei şi a permis abordarea altor obiective terapeutice.

2. Neîncrederea.

Daniel, un inginer în vârstă de 39 de ani, a evidenţiat în cursul celei de-a doua şedinţe de terapie convingerea disfuncţională de bază: „nu trebuie să mă dezvălui în faţa celorlalţi şi să dau dovadă de slăbiciune, pentru că voi fi lipsit de apărare, la cheremul oamenilor care mă vor judeca sau mă vor trata prost".

Datorită acestei convingeri Daniel se simţea anxios în anumite situaţii psihosociale şi încerca să prezinte celorlalţi o mimică de faţadă.

Terapeutul a presupus că aceste gânduri legate de neîncredere, precum şi strategiile sale compensatorii, vor reprezenta obstacole în calea terapiei.

Din acest motiv, terapeutul a abordat acest aspect încă de la începutul terapiei asigurându-l pe client de faptul că, dat fiind experienţele sale de viaţă şi sentimentul de neîncredere care s-a instalat, este pefect normal ca el să fie neîncrezător faţă de terapeut şi terapie.

În continuare, terapeutul i-a spus că, deşi speră că Daniel îi va acorda în cele din urmă încrederea sa, el trebuie să lupte pentru a câştiga. De asemenea, i-a comunicat faptul că, deşi îi va sugera aplicarea unor strategii cognitiv-comportamentale pe care să le lucreze împreună, clientul va fi cel care va decide ce anume vor realiza şi ce anume îi va dezvălui.

Terapeutul i-a atras atenţia să nu-i dezvăluie prea multe lucruri şi prea repede, pentru că astfel va trăi sentimente de culpabilitate şi vulnerabilitate.

În acelaşi timp, acesta i-a spus că, chiar în cazul în care nu-i acordă încrederea deplină, îl poate învăţa anumite strategii de autoreglare a stărilor emoţionale şi de ameliorare a condiţiilor de viaţă.

Terapeutul a insistat asupra faptului că apreciază colaborarea clientului în timpul terapeiei. El a confirmat că atitudinea de neîncredere din partea pacientului ar putea reprezenta un aspect asupra căruia se va putea lucra în cadrul şedinţelor de terapie. Clientul a fost încurajat să-şi exprime deschis toate îndoielile a căror veridicitate va trebui verificată.

Daniel a fost rugat să-şi anunţe terapeutul dacă intenţionează să abandoneze terapia sau să se adreseze altui specialist. În timpul celei de-a patra şedinţe de terapie, Daniel a fost pe punctul de a-i împărtăşi terapeutului un secret, moment în care acesta din urmă a frânat reacţia adresându-i întrebări de tipul: „oare eşti pregătit să faci acest lucru?", „oare nu este prea devreme pentru a-mi împărtăşi lucruri delicate?" etc.

Daniel a decis că a sosit momentul autodezvăluirilor, iar terapeutul s-a comportat empatic, adresându-i complimente pentru curajul de care a dat dovadă.

Treptat, clientul a căpătat mai multă încredere în terapeutul său, terapia progresând în mod evident.

La finalul acesteia, Daniel a reuşit, printre altele, să facă unele confesiuni prietenilor apropiaţi, depăşind disconfortul produs de teama de autodezvăluire.

3. Reactanţa sau rezistenţa la psihoterapie.

Identificarea precoce a rezistenţelor faţă de demersul terapeutic şi încorporarea acestora în cadrul schemei de conceptualizare a cazului îl poate ajuta pe terapeut să prevină posibilele blocaje ale terapiei.

Seibel şi Dowd (1999) au demonstrat experimental faptul că reactanţa (rezistenţa) autoevaluată corelează negativ cu progresul terapiei şi pozitiv cu tendinţa de distanţare şi de terminare precoce a terapiei.

Luptele de putere cu clienţii rezistenţi s-au dovedit a fi contraproductive. Astfel, dacă subiecţii rezistenţi sunt ambivalenţi faţă de terapie şi terapeutul forţează demersul în direcţia schimbării, clienţii se vor situa imediat pe poziţia inversă şi se vor opune acesteia.

Pentru a contracara aceste efecte se utilizează aşa numitul interviu motivaţional în cadrul căruia clientul va trebui convins de necesitatea schimbării (Miller şi Rollnick, 1991). Autorii sintetizează motivele ambivalenţei şi îi încurajează pe clienţi să-şi adreseze sugestii de automotivare. Sunt utilizate, de asemenea, întrebări deschise cu caracter de dezvăluire. Acestea au următoarele funcţii:

- să-i ajute pe clienţi să-şi recunoască problemele („ce te determină să consideri că ai o problemă");
- evidenţiază îngrijorările clienţilor („în ce mod te îngrijorează acest lucru?");

- evidenţiază tendinţele de schimbare („care crezi că va fi etapa următoare?");
- stimulează optimismul în legătură cu schimbarea („ce anume îţi dă speranţa că poţi să te schimbi dacă doreşti acest lucru?").

Beutler, Harwood şi Caldwell (2001) prezintă câteva îndrumări de care trebuie să ţină seama terapeuţii care lucrează cu clienţii rezistenţi: să adopte o intervenţie nondirectivă cu întrebări deschise, să manifeste o atitudine empatică, să parafrazeze cele afirmate de client şi să-l angreneze în selectarea sarcinilor pentru acasă.

În cazul în care aceste strategii nu dau rezultate se pot trasa sarcini paradoxale de prescriere a simptomului.

Pentru a evita suspiciunea pacientului faţă de aceste sarcini, terapeutul va trebui să găsească o motivaţie adecvată („aş dori să nu vă comportaţi unul faţă de celălalt în mod diferit de până acum pentru a putea obţine mai multe informaţii în legătură cu ceea ce se întâmplă; ar fi o greşeală să schimbaţi ceva şi să suferiţi un eşec").

Spre deosebire de clienţii rezistenţi, cei complianţi răspund bine la intervenţii mai directive: sugestii directe, sarcini propuse de terapeut, şedinţe de psihoterapie clar structurate etc.

O altă modalitate de prevenire a blocajelor la terapie o reprezintă monitorizarea pas cu pas a experienţelor clientului în timpul psihoterapiei (Needleman, 2003). Acest demers presupune o abordare empatică, clientul simţindu-se înţeles de către terapeutul său. Pe baza informaţiilor obţinute se pot aduce unele modificări schemei conceptualizării cazului.

Conştientizarea de către terapeut a experienţelor clientului îl ajută să înţeleagă gândurile şi stările emoţionale legate de terapie şi terapeut, acestea jucând un rol important în motivarea clientului de a se angaja în psihoterapie.

De asemenea, analizarea reacţiilor clientului previne apariţia unor neînţelegeri care ar putea bloca terapia.

Ioana, o absolventă de liceu care s-a prezentat la examenul de admitere la arhitectură, i-a împărtăşit terapeutului îngrijorarea cu privire la performanţa ce ar putea să o obţină la ultimul examen.

Terapeutul i-a adresat următoarele întrebări: „care ar fi cel mai rău lucru care crezi că s-ar putea întâmpla?; dacă acel lucru se va produce, crezi că vei supravieţui?; ce se va întâmpla în viitor?; care crezi că este probabilitatea ca acel lucru negativ să se întâmple?; care este cel mai bun lucru care crezi că s-ar putea întâmpla?; ce este mai probabil să se întâmple?".

Terapeutul a constatat faptul că Ioana a devenit brusc foarte încordată când i-au fost adresate întrebările respective.

Întrebată fiind ce anume i-a trecut prin minte, Ioana a spus că a crezut că terapeutul este convins de faptul că ea va cădea la examen şi că nu va reuşi niciodată să intre la arhitectură.

După clarificarea acestei neînțelegeri, terapeutul i-a explicat motivele pentru care i-a adresat respectivele întrebări, încurajând-o că are toate șansele să intre la facultate.

În acel moment, Ioana s-a relaxat și demersul terapeutic a putut progresa în mod nestingherit, terapeutul și clienta lucrând asupra gândurilor negative generatoare de anxietate.

Dacă reacțiile observabile ale clientului sunt în concordanță cu conceptualizarea cazului, noile informații vor veni să întărească modelul stabilit în timp; dacă acestea vin în contradicție cu cele stabilite inițial, conceptualizarea cazului va suferi modificări.

Un element important în cadrul monitorizării reacțiilor clientului în cadrul terapiei îl reprezintă conștientizarea de către terapeut a nivelului de tulburare emoțională și de activare psihologică.

Frank și Frank (1991) au constatat faptul că pacienții beneficiază cel mai mult de pe urma ședințelor de terapie atunci când sunt moderat perturbați, această stare fiind propice învățării.

Un nivel prea ridicat de activare emoțională este contraproductiv, pentru că va contribui – prin condiționare – la perceperea ședințelor de terapie ca fiind aversive. Clientul va începe să asocieze psihoterapia și terapeutul cu o experiență negativă și va avea tendința să abandoneze tratamentul. Chiar în cazul în care terapia nu este abandonată, clientul își va pierde încrederea în terapeutul său în compania căruia se simte rău.

Un nivel scăzut de activare emoțională este contraproductiv, la rândul său, din două motive:

- pentru că demersul terapeutic nu se va putea focaliza pe cele mai importante cogniții, emoții, comportamente și probleme;
- pentru că subiecții pot declanșa strategii compensatorii în vederea evitării contactului cu problemele cele mai arzătoare (intelectualizare, disociere, discuții pe teme banale etc.).

În cazul în care clientul evidențiază un nivel redus de activare emoțională negativă terapeutul va întreprinde demersuri pentru creșterea încărcăturii emoționale prin activarea schemelor cognitive disfuncționale de bază, prin intermediul imaginației dirijate, jocului de rol sau expunerii în plan real.

Vasile s-a prezentat la terapie pentru că se simțea foarte anxios la serviciu (lucra la o bancă foarte importantă) și din acest motiv nu putea progresa în plan profesional. Anxietatea clientului avea la bază sentimente de inferioritate față de figurile investite cu autoritate.

În timpul ședințelor de terapie clientul vorbea cu detașare despre problemele pe care le avea cu șeful său ierarhic. Nici în cadrul jocului de rol clientul nu se implica emoțional, iar terapia nu progresa, acesta fiind în continuare timorat de șef.

Ţinând seama de această situaţie, terapeutul i-a sugerat în stare de relaxare să-şi imagineze că şeful ţipă la el. Clientul a devenit brusc foarte anxios (a început să tremure, a transpirat). Discuţiile ulterioare au evidenţiat faptul că imaginile respective au declanşat amintiri legate de tatăl său alcoolic care îl bătea. Odată activate schemele cognitive, terapeutul l-a ajutat să modifice cogniţiile cu conţinut negativ şi să pună în funcţiune strategii pentru a face faţă situaţiei.

În urma şedinţelor de terapie, nivelul anxietăţii clientului s-a redus simţitor, acesta reuşind să fie asertiv cu şeful căruia i-a solicitat o mărire de salariu acceptată de conducerea băncii.

Terapeutul va trebui să-l interogheze în mod periodic pe client dacă a înţeles esenţa intervenţiilor aplicate, cerându-i să realizeze un rezumat al celor discutate.

La sfârşitul fiecărei şedinţe de terapie vor fi solicitate clientului în scris sau verbal impresiile referitoare la ceea ce s-a lucrat pentru a oferi terapeutului un feed-back asupra şedinţei. Întrebările adresate vor fi de genul următor (Needleman, 2003, p.18): „ce anume v-a fost de folos în timpul şedinţei de astăzi?; ce anume v-a supărat sau v-a creat nedumerire ?; cât de mult v-aţi dezvăluit?; cât de mult v-aţi implicat în soluţionarea propriilor probleme?; cât de mult timp aţi acordat temelor pentru acasă?; ce gândeşti sau simţi în legătură cu direcţia în care se îndreaptă terapia?; este ceva în comportamentul terapeutului care vă ajută în mod special sau vă nemulţumeşte?; dacă da, atunci ce anume?; în ce mod aţi dori să se modifice demersul terapeutic pentru a vă fi mai folositor?".

Pentru creşterea eficienţei terapiei este bine ca terapeutul să-şi adreseze lui însuşi anumite întrebări:

- „înţelege oare acest client modelul cognitiv şi raţiunea pentru care sunt aplicate aceste strategii?";
- „cât de încrezător este clientul în faptul că acesta este demersul cel mai potrivit pentru el?";
- „ce simte şi ce gândeşte clientul în momentul de faţă?";
- „ce simt şi ce gândesc eu despre acest client?".

Deşi terapeutul şi-a luat toate măsurile, totuşi blocajele din cadrul terapiei pot să se instaleze. Cele mai frecvente cazuri apar atunci când se lucrează cu clienţi ostili sau cu cei care nu răspund la terapie.

Poate că unul dintre cele mai complexe obstacole ce apar în timpul terapiei ţine de agresivitatea sau ostilitatea pe care o direcţionează clientul împotriva terapeutului. Acesta din urmă poate cădea cu uşurinţă în capcana de a-i răspunde clientului la fel cum o fac cei din jur, cu mânie, defensivitate, blamare, etichetare, respingere sau evitare. Aceste forme specific umane de reacţie sunt contraindicate în psihoterapie deoarece întăresc convingerile disfuncţionale ale clientului („oamenii vor căuta să mă lovească dacă nu stau pe propriile mele picioare").

Pentru a lucra eficient cu clienţii ostili, terapeutul va trebui să lucreze asupra propriilor sale cogniţii şi emoţii (Layden et al, 1993).

Conceptualizarea cazului poate scoate în evidență pentru terapeut faptul că în spatele ostilității clientului se ascunde multă suferință, teamă, rușine sau trebuințe nesatisfăcute.

De asemenea, terapeutul trebuie să facă față și elementelor de adevăr incluse în criticile clienților.

Mai ales clienții cu tulburări de personalitate sunt foarte sensibili la cele mai mici semne de critică sau respingere, detectând astfel de reacții chiar înainte ca terapeutul să o facă.

Un element important pentru terapia cu clienți ostili ține de capacitatea empatică și de abilitățile de ascultare activă ale terapeutului care va trebui să-i încurajeze pe aceștia să-și exprime gândurile și sentimentele încărcate de ostilitate și să lucreze asupra lor, precum și asupra celor aflate în spatele lor (suferință, teamă, culpabilitate etc.).

Ca rezultat al ascultării empatice active, ostilitatea clientului se va descărca, iar alianța terapeutică se va consolida pentru că subiectul se simte acceptat și înțeles.

După reducerea ostilității, terapeutul va putea utiliza și alte strategii pentru optimizarea comunicării interpersonale (Needleman, 2003, p. 20):

- învățarea clientului să combată gândurile distorsionate generatoare de ostilitate;
- stabilirea unor limite clare (ce are și ce nu are voie să spună sau să facă clientul);
- examinarea faptului dacă un anumit comportament servește sau nu obiectivului pentru care a fost declanșat;
- învățarea unor tehnici mai eficiente prin intermediul cărora clientul să obțină ceea ce dorește (de pildă, antrenament asertiv);
- furnizarea unor materiale audiovizuale prin care clientul să primească un feed-back, în legătură cu maniera în care se comportă.

O altă problemă în care conceptualizarea cazului îl poate ajuta pe terapeut să depășească dificultățile o reprezintă aceea a clienților cooperanți care, însă, nu se ameliorează.

Kendell Kipnis și Otto-Salaj (1992) au constatat faptul că foarte puțin terapeuți au planuri suplimentare de intervenție pentru clienții care nu fac progrese.

De Shaezer (1979) spunea frecvent că „dacă ceva nu merge, încearcă altceva".

Deoarece conceptualizarea cazului reprezintă un demers sistematic de organizare a informațiilor și de stabilirea priorităților, terapeutul poate, uneori, să omită unele aspecte sau să omită să accentueze altele care apar pe parcurs.

În cazul clienților cooperanți care nu progresează în urma terapiei, terapeutul va trebui să analizeze schema conceptualizării cazului pentru a descoperi dacă nu cumva există convingeri negative („sunt incapabil să fac ceva pentru a-mi ameliora starea"), strategii (evitarea emoțiilor neplăcute) sau factori

conjuncturali (circumstanţe de viaţă adverse) care pot constitui blocaje în calea terapiei.

Denisa, o profesoară care suferea de depresie moderată, nu progresa, deşi frecventa cu regularitate şedinţele de terapie şi îşi făcea cu conştiinciozitate temele pentru acasă.

Analizând cu mai multă atenţie schema conceptualizării cazului, terapeutul a descoperit convingerea disfuncţională: („am nevoie de o persoană puternică pentru a-mi oferi sprijin"). În urma discuţiilor purtate cu clienta a rezultat faptul că aceasta se temea de terminarea terapiei pentru că în felul acesta rămânea singură, fără sprijin. După ce aceste aspecte au fost procesate terapeutic, clienta a început să progreseze rapid.

În cazul în care lipsa de responsivitate nu îşi găseşte explicaţia în conceptualizarea cazului, este necesară aprofundarea interviului iniţial.

Costin, un economist în vârstă de 32 de ani care suferea de atacuri de panică, nu a obţinut nici o ameliorare după zece şedinţe de terapie.

Interviul suplimentar a evidenţiat faptul că subiectul se simţea vinovat că a întreţinut în studenţie relaţii de tip homosexual şi că Dumnezeu îl pedepseşte pentru asta prin atacurile de panică şi că nu merită să se vindece.

În urma procesării terapeutice a acestor informaţii clientul a realizat progrese însemnate în terapie.

IX. Schemele emoţionale şi rezistenţele

Leahy (2003) subliniază faptul că una dintre criticile aduse terapiei cognitive se referă la faptul că aceasta nu acordă suficientă importanţă emoţiilor în cadrului demersului terapeutic.

Modelele cognitiv-comportamentale iau în considerare emoţiile doar ca efecte ale gândurilor şi convingerilor negative.

Leahy (2003) ne prezintă un model al schemelor emoţionale care influenţează accesarea emoţiilor, autodezvăluirea, schimbarea emoţională şi relaţia terapeutică.

Modelul postulează faptul că unele emoţii cum ar fi teama, depresia, anxietatea, sentimentul de singurătate reprezintă experienţe general umane, indivizii diferenţiindu-se în ceea ce priveşte conceptualizarea acestora, precum şi a strategiilor de a reacţiona la ele.

Modelul „social-cognitiv" în cadrul căruia emoţiile reprezintă obiect al cunoaşterii se referă la conceptualizarea gândurilor intruzive şi activării emoţionale (Papageorgiou şi Wells, 1999, Purdon şi Clark, 1993, Salkovskis şi Campbell, 1994, Sookman şi Pinard, 2002, Wells şi Carter, 2001).

Indivizii care suferă de tulburari obsesiv-compulsive îşi interpretează gândurile intruzive ca fiind indicatori ai pierderii autocontrolului, simţului responsabilităţii, precum şi al unor tulburări psihopatologice. Încercările de a reprima aceste gânduri conduc la sentimente şi mai accentuate de jenă, anxietate, lipsa controlului care, la rândul lor, vor conduce la exacerbarea gândurilor pe care clientul a încercat să le elimine.

În acelaşi mod, modelul metacognitiv al îngrijorării postulează faptul că subiectul consideră că îngrijorările sunt necesare pentru a rezolva problema sau pentru a preveni apariţia acesteia, iar aceste îngrijorări conduc la pierderea controlului sau îi vor produce subiectului un rău în plan fizic sau psihic (Walls şi Carter, 2001).

Modelul schemelor emoţionale propus de Leahy (2002) postulează următoarele:

- Emoţiile negative cum ar fi tristeţea, sentimentul de singurătate, teama, anxietate şi mânia reprezintă fenomene general umane;

- Subiecţii se deosebesc unii de alţii prin modalitatea în care interpretează semnificaţia acestor emoţii;
- Aceste interpretări se referă la convingeri legate de durata, caracterul controlabil, intensitatea, complexitatea, caracterul patologic şi coloratura morală a emoţiilor pe care le încearcă subiectul;
- Schemele emoţionale negative referitoare la interpretările respective amplifică intensitatea şi durata emoţiilor negative;
- Interpretările negative inhibă exprimarea, validarea şi procesarea emoţiilor.

Pennebaker a definit „procesarea emoţională" ca fiind reducerea inhibiţiei emoţionale, accentuarea înţelegerii propriilor trăiri, precum şi a autoreflecţiei pozitive (Pennebaker, Mayne şi Francis, 1997). Procesarea emoţională implică recunoaşterea şi etichetarea emoţiilor, încercările de a le amplifica sau inhiba, hipervigilenţa, strategiile de rezolvare de probleme, ventilarea, exprimarea emoţiilor în faţa unui auditoriu suportiv, distragerea şi examinarea propriilor distorsionări cognitive.

După cum se ştie, puţin clienţi se adresează terapeutului pentru că nutresc gânduri lipsite de logică sau procesează în mod inadecvat informaţiile, motivele prezentării la cabinet ţinând de tulburările emoţionale.

Evenimentele negative de viaţă activează strategiile cognitive şi emoţionale care interacţionează reciproc.

Astfel, de exemplu, o pacientă care revine acasă şi găseşte apartamentul gol după plecarea soţului, începe să conştientizeze emoţiile negative şi consideră că trebuie să se debaraseze imediat de ele înainte de a o copleşi. Clienta se refugiază în alcool şi mâncat compulsiv, strategii care vin să confirme convingerea ei că emoţiile negative nu pot fi tolerate.

O altă clientă aflată în aceeaşi situaţie consideră că nu trebuie să aibă niciodată dificultăţi emoţionale, se simte jenată şi vinovată şi optează pentru strategia izolării în loc să-şi exprime şi să-şi clarifice emoţiile. Izolarea şi lipsa de comunicare vor confirma sentimentele de culpabilitate şi ruşine care, la rândul lor, vor accentua depresia.

Leahy (2002) realizează o delimitare între procesarea emoţională problematică şi cea cu caracter adaptativ.

Să presupunem că doi tineri Cornel şi Mihai au fost părăsiţi de prietenele lor.

Cornel, frustrat de faptul că nu a reuşit să trăiască o iubire perfectă, trăieşte o stare depresivă.

Subiectul recunoaşte că nu se simte bine, dar nu îşi conştientizează sentimentele. Observând că este iritabil şi supărat, Cornel consideră că nu are dreptul să se supere pe persoana iubită şi că, dacă şi-ar exprima sentimentele, nu va mai avea nici o şansă de împăcare.

Clientul este de părere că dacă îşi va împărtăşi depresia şi mânia, ceilalţi îl vor considera o povară. Lui Cornel în vine greu să înţeleagă de ce este atât de trist pentru

că el a fost prieten cu Daniela doar câteva luni şi se simte jenat de faptul că este atât de dependent de ea. În mintea lui domneşte o stare de confuzie pentru că nu îşi poate pune de acord emoţiile conflictuale datorită convingerii „ori iubeşti pe cineva, ori îl urăşti".

Clientul se teme de faptul că ostilitatea lui va scăpa de sub control, se consideră vinovat de nefericirea sa şi crede că dorinţa lui ca Daniela să se întoarcă, reprezintă un semn de slăbiciune.

Cornel stă închis în casă, consumă alcool şi ruminează gânduri negative. Clientul nutreşte convingerea că trebuie să fie raţional („doar a terminat psihologia!"), este de părere că nefericirea sa va dura veşnic şi refuză să împărtăşească cuiva trăirile sale.

Spre deosebire de Cornel, Mihai este conştient de faptul că este furios şi deprimat, considerând că trăirile sale nu sunt nici bune nici rele, ci doar omeneşti. Mihai iese frecvent cu prietenii la o terasă şi discută mult cu prietenul său de încredere despre ceea ce i s-a întâmplat.

Subiectul simte că exprimarea deschisă îl va ajuta să-şi clarifice sentimentele, este de acord ca şi alţii pot simţi acelaşi lucru şi consideră că au dreptul să trăiască astfel de stări: tristeţe pentru că a pierdut o prietenă, furie pentru că s-a înşelat în privinţa ei şi uşurare pentru că a scăpat de o relaţie nepotrivită pe termen lung.

Deşi trăieşte stări afective, Mihai este convins că acestea nu-l vor copleşi şi nu vor dura la infinit, putând fi ţinute sub control, fără să-şi înece amarul în băutură.

În loc să se închidă în casă, Mihai iese cu prietenii, adună bibliografie pentru lucrarea de licenţă şi merge la teatru cu o colegă de facultate.

Modelul schemelor emoţionale (Leahy, 2003) postulează faptul că există mai multe scheme emoţionale care sunt relevante pentru procesarea emoţională. Aceste scheme nu au un caracter exhaustiv, elemente din cadrul acestora suprapunându-se unele cu altele. Schemele emoţionale joacă un rol important în menţinerea procesării emoţionale negative creind, în acelaşi timp, blocaje în cadrul demersului terapeutic. Prin intermediul acestor scheme individul îşi conceptualizează emoţiile ca fiind: incomprehensibile, diferite de ale altor persoane, având durata mai lungă, fiind scăpate de sub control, fără legătură cu un sistem superior de valori şi generatoare de sentimente de culpabilitate sau ruşine.

Subiecţii consideră că nu trebuie să-şi accepte şi să-şi exprime sentimentele şi că nu vor fi apreciaţi pozitiv dacă o fac. Aceştia se gândesc permanent la cât de rău se simt, acordă o atenţie sporită raţionalităţii şi îşi neglijează sentimentele. Mulţi dintre ei chiar îi blamează pe ceilalţi pentru că nutresc astfel de sentimente.

Schemele emoţionale negative îngreunează procesarea emoţională contribuind la accentuarea tulburărilor emoţionale.

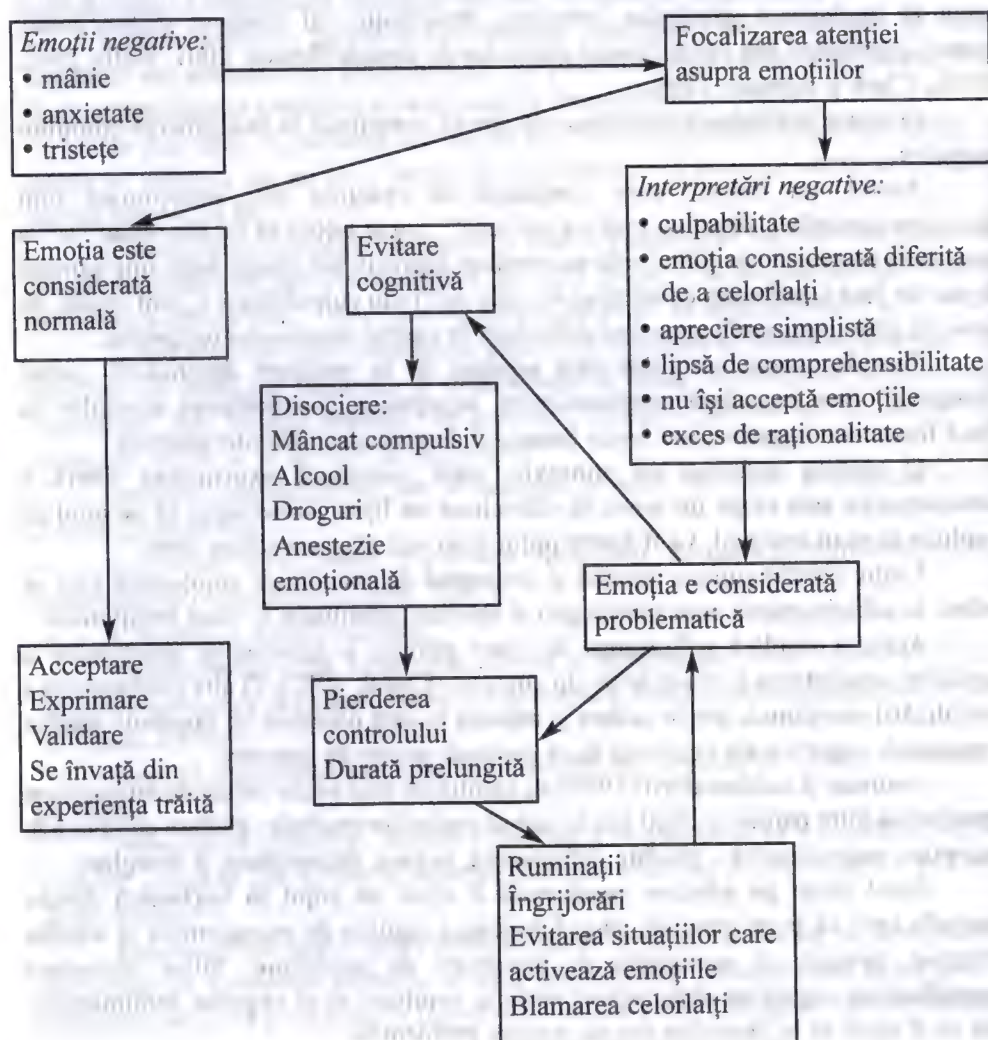
Leahy (2003) prezintă o schemă din care rezultă trei modalităţi de procesare a unei stări emoţionale negative.

O modalitate de procesare constă în conştientizarea emoţiei (tristeţe), exprimarea şi validarea acestuia fapt ce contribuie la reducerea ei.

O altă manieră de procesare constă în evitarea emoţională şi cognitivă. Individul se refugiază în consumul de substanţe psihotrope, mănâncă în mod compulsiv sau declanşează comportamente de tip disociativ, elemente care contribuie la întărirea convingerii că emoţiile negative nu pot fi tolerate sau controlate. Acest tip de procesare conduce la ruminaţii negative şi îngrijorări.

A treia modalitate de procesare emoţională implică abordarea emoţiilor ca incomprehensibile, jenante, diferite de ale celorlalţi şi care trebuie minimalizate. Şi acest gen de procesare va contribui la ruminaţii cu conţinut negativ, îngrijorare şi escaladarea stărilor afective negative.

Prezentăm mai jos schema metacognitivă a emoţiilor (după Leahy, 2003, p. 98).



Aşa cum am mai subliniat, terapia cognitiv-comportamentală îl ajută pe client să sesizeze diferenţa dintre gânduri şi sentimente, să examineze avantajele şi dezavantajele menţinerii anumitor gânduri şi stări afective, să adune dovezi împotriva gândurilor negative şi să-şi formeze noi modele de gândire şi comportament.

Se porneşte de la supoziţia că subiectul este motivat şi capabil să se detaşeze în suficientă măsură de stările sale afective, astfel încât să-şi poată modifica stilul negativ de gândire.

Cu toate acestea, practica a demonstrat faptul că rareori gândurile şi convingerile singure reprezintă nucleul situaţiei problematice. Modelul schemelor emoţionale (Leahy, 2002) îl ajută pe terapeut să identifice teoria pe care o are clientul asupra stărilor sale afective în acelaşi mod în care modelele metacognitive ajută la înţelegerea gândirilor intruzive, imaginaţiei cu conţinut disfuncţional, naturii îngrijorării sau semnificaţiei atacurilor de panică (Resick, 2001, Wells, 2002, Wells, Clark şi Ahmad, 1998).

O teorie individuală referitoare la emoţii contribuie la exacerbarea emoţiilor negative.

Astfel, un individ care consideră că reacţiile sale emoţionale sunt incompreheasibile („depresia mea nu are sens“, „nu ar trebui să fiu deprimat“) se va considera un neajutorat. Gândurile cu conţinut depresiv vor atrage după sine gânduri legate de jenă („voi arăta ca un ratat în ochii lui“) sau culpabilitate („sunt egoist, de asta mă simt deprimat“) generând dificultăţi în cadrul demersului terapeutic.

Teoriile asupra emoţiilor care pornesc de la metafora deschiderii „cutiei Pandorei“, care consideră conştientizarea, acceptarea şi exprimarea emoţiilor ca fiind fenomene negative, vor bloca demersul de procesare psihoterapeutică.

O clientă suferind de anorexie, care consideră exprimarea liberă a sentimentelor sale ca pe un semn de slăbiciune iar lipsa alimentaţiei ca pe unul de evoluţie în plan spiritual, va fi foarte puţin motivată să-şi corecteze dieta.

Leahy (2003) supune atenţiei şi conceptul de socializare emoţională care se referă la achiziţionarea unor convingeri şi abilităţi referitoare la viaţa emoţională.

Aceasta implică reflectarea de către părinte a experienţei emoţionale a copilului, etichetarea şi reacţiile de tip empatic (Kohul, 1977). O altă componentă a socializării emoţionale are în vedere şi măsura în care părintele va răspunde stărilor emoţionale negative ale copilului după perioade scurte de separare.

Gottman şi colaboratorii (1996) au identificat mai multe stiluri de interacţiune emoţională între părinte şi copil sau în cadrul cuplurilor maritale: ghidare emoţională, acceptare semnificativă – ghidare defectuoasă, negare, dezaprobare şi dereglare.

Stilul bazat pe *ghidare emoţională* îi ajută pe copil să vorbească despre emoţiile sale, să le recunoască, să-şi însuşească regulile de management al stărilor afective, precum şi modalităţi de rezolvare de probleme. Stilul *acceptare semnificativă – ghidare defectuoasă* permite copilului să-şi exprime sentimentele, dar nu îl ajută să le identifice sau să rezolve problemele.

Negarea presupune neluarea în consideraţie a emoţiilor infantile, *dezaprobarea* implică un control excesiv şi critici la adresa emoţiilor, în timp ce stilul bazat pe *dereglare* îi caracterizează pe părinţi depăşiţi de propriile stări afective care le resping pe cele ale copilului.

Ghidarea emoţională îl ajută pe copil să-şi autoregleze stările emoţionale.

Părinţii sunt cei care facilitează sau inhibă reglarea emoţiilor: acceptarea, conştientizarea, exprimarea sau gestionarea emoţiilor conflictuale.

De asemenea, factorii temperamentali (înclinaţie spre activare sau inhibiţie) vor avea, la rândul lor, o influenţă puternică asupra socializării emoţionale.

Astfel, un copil cu un nivel de activare ridicat îi va activa în mod indirect pe părinţi să fie mai critici şi să-l controleze mai ferm, ceea ce poate conduce la convingerea că exprimarea emoţiilor nu este acceptabilă pentru ceilalţi.

Trebuie subliniat faptul că socializarea emoţională nu se încheie la vârsta copilăriei sau adolescenţei, evenimentele din perioada vieţii adulte contribuind şi ele la conceptualizarea emoţiilor şi la strategiile de raportare la acestea.

De exemplu, o pacientă cu un soţ alcoolic şi paranoid poate conchide că stările ei afective nu au sens pentru ceilalţi pentru că soţul le consideră atacuri directe împotriva lui.

În evaluarea blocajelor care apar în cadrul demersului este necesar să se ţină seama de modul în care evenimentele de viaţă timpurii şi actuale au contribuit la exprimarea emoţională. Terapeutul va adresa întrebări de tipul următor:

„Când erai copil cum reacţionau părinţii atunci când îţi exprimai emoţiile?, Te întrebau ce simţi, te criticau, te determinau să simţi că emoţiile tale nu sunt importante sau păreau depăşiţi de acestea?, Simţeai nevoia să fii ocrotit sau mângâiat, ezitai să te apropii de părinţii tăi?"

Întrebări asemănătoare pot fi adresate şi altor persoane semnificative din anturajul clientului.

Schemele emoţionale blochează demersul terapeutic prin intermediul următoarelor mecanisme (Leahy, 2003):

• Teama de autodezvăluire.

Relaţia terapeutică reprezintă adesea o experienţă unică pentru clienţi cu scheme emoţionale deficitare, deoarece presupune focalizarea asupra emoţiilor într-un mediu suportiv.

Această experienţă poate genera confuzii sau îl poate dezamăgi ori intimida pe client.

Intimidarea reprezintă efectul convingerii că subiectul va fi expus, umilit sau judecat: „dacă îţi voi spune cu adevărat ceea ce simt mă vei considera o persoană dezgustătoare"?

Dezamăgirea poate apare datorită faptului că subiectul nu se simte înţeles sau ajutat în suficientă măsură, în timp ce confuzia poate rezulta din faptul că pacientul crede că psihoterapia reprezintă doar un proces de descărcare emoţională

nu şi de schimbare atitudinală („credeam că vin aici doar să vorbim despre ceea ce simt eu").

Mariana, o clientă prezentând comportamente de tip bulimic şi conflicte maritale, a avut dificultăţi să vorbească în timpul şedinţelor de terapie despre nevoia ei de sprijin şi afecţiune din partea soţului. Imediat ce erau abordate aceste subiecte, clienta schimba vorba. Întrebată fiind de terapeut ce a simţit înainte de a reacţiona astfel, ea a afirmat că prezenţa ei la terapie reprezintă un semn de egoism deoarece nu face decât să se plângă mereu.

Investigaţiile ulterioare au evidenţiat faptul că pacienta se simţea vinovată de nevoia ei de afecţiune, deoarece părinţii îi spuneau că este egoistă atunci când îşi exprimă astfel de dorinţe şi că nimeni nu va înţelege astfel de solicitări. Drept consecinţă, clienta şi-a format convingerea că exprimarea nevoilor sale nu are nici un sens şi că dacă „îşi va da voie" să se simtă frustrată în relaţia de cuplu, îşi va pierde controlul şi se va lăsa pradă depresiei şi anxietăţii.

În acest caz, conceptualizarea emoţională a cazului s-a dovedit utilă. Terapeutul a ajutat-o să examineze evenimentele din copilărie precum şi pe cele actuale.

Mama clientei era o persoană depresivă şi anxioasă căsătorită cu un bărbat rece şi distant.

Când pacienta încerca să se apropie de mamă din nevoia ei de afecţiune, aceasta o îndepărta spunându-i că este egoistă pentru că nu observă cât de grea este viaţa mamei, aceasta din urmă inversând relaţia de sprijin. Când mama clientei a fost spitalizată timp de trei luni pentru depresie, Mariana, atunci în vârsta de 8 ani s-a considerat vinovată de boala mamei pentru că nu a avut grijă de ea, nevoile sale reprezentând o povară pentru mamă.

Modelul sacrificiului de sine a fost întărit în viaţa adultă de comportamentul soţului (cu performanţe sexuale slabe datorate abuzului de alcool) precum şi refugiului în hiperactivitate.

Conceptualizarea emoţională a ajutat-o să înţeleagă faptul că unul dintre obstacolele în calea terapiei era reprezentat de negarea trebuinţelor sale, precum şi de dorinţa de a încheia terapia. Clienta a fost capabilă să recunoască faptul că exprimarea deschisă a emoţiilor în familia de origine şi în cea actuală au reprezentat experienţe dezamăgitoare şi chiar primitive. Ea a coştientizat şi faptul că şi-a format un stil de a face faţă propriilor nevoi emoţionale centrându-se pe trebuinţele celorlalţi în speranţa că aceştia nu o vor abandona.

• Teama de a accesa şi descrie stările afective.

Deşi majoritatea pacienţilor solicită psihoterapia din dorinţa de a-şi modifica reacţiile afective, schemele lor emoţionale negative împiedică acest proces.

O persoană care nutreşte convingerea că emoţiile negative puternice sunt jenante, nu sunt împărtăşite de ceilalţi sau sunt de neînţeles, va avea dificultăţi să-şi dezvăluie emoţiile în faţa terapeutului.

O clientă se simţea jenată să-şi dezvăluie în faţa terapeutului sentimentele de ostilitate faţă de fiica ei, considerând că terapeutul o va respinge dacă va afla astfel de lucruri despre ea.

Schemele emoţionale pun adesea probleme şi terapeuţilor cognitivişti care sunt formaţi să pună accent pe aspectele raţionale ale psihoterapiei.

Din păcate, terapia cognitiv-comportamentală va fi pe placul acelor terapeuţi cărora emoţiile puternice li se par inacceptabile.

Accentul pus pe contraargumentarea raţională îi va bloca pe acei clienţi cu scheme emoţionale de tip problematic (Leahy, 2001).

Cu toate acestea, exprimarea emoţională, empatia şi validarea stărilor afective este foarte importantă şi în cadrul terapiei cognitiv-comportamentale, mai ales în fazele incipiente ale tratamentului.

Leahy (2003, p. 102) este de părerea că terapeutul să se adreseze direct clientului cu următorul instructaj:

„Cel mai important element în cadrul terapiei îl reprezintă stările tale afective, modul în care te simţi. Trebuie să fii convins de faptul că aici vei fi înţeles, că emoţiile tale vor putea fi exprimate într-un mediu securizant şi că aceste trăiri emoţionale ne vor furniza informaţii despre problemele tale."

Greenberg (2002) a pus la punct demersul terapeutic de „focalizare condiţională" care utilizează tehnici experienţiale cum ar fi imaginaţia dirijată, retrăirea amintirilor trecute sau inducerea deliberată a unor stări emoţionale.

Luarea în consideraţie a schemelor emoţionale este importantă şi în formarea şi menţinerea alianţei terapeutice. Destrămarea acesteia se produce mai ales atunci când sunt activate schemele emoţionale negative.

Analizarea unei experienţe emoţionale terapeutice poate activa convingeri legate de faptul că dezvăluirile nu fac decât să producă un stres suplimentar sau pe cele referitoare la calităţile empatice, credibilitatea şi spiritul protector al terapeutului.

Schemele emoţionale ale terapeutului interferă, la rândul lor, cu procesarea şi exprimarea emoţională.

Leahy (2001) a identificat un număr de scheme personale întâlnite frecvent la terapeuţi: schema bazată pe solicitări-standard, a persoanei speciale (unice), de respingere, abandon, autonomie şi control.

De pildă, un terapeut la care funcţionează schema bazată pe abandon şi respingere va evita să chestioneze clientul în legătură cu convingerile negative legate de emoţii puternice cum ar fi mânia, pentru ca pacientul să nu abandoneze terapia. La rândul său, clientul va interpreta această evitare în termenii următori: „reacţiile mele emoţionale îi sperie pe ceilalţi; îi pot intimida pe oameni datorită trăirilor mele; pot să-i fac să se simtă vinovaţi".

Schemele emoţionale pot crea dificultăţi şi în realizarea sarcinilor de expunere. Convingerea că expunerea la stimulii anxiogeni va conduce la pierderea

controlului şi la accentuarea stărilor afective negative îl va împiedica pe client să se angajeze în astfel de sarcini.

Leahy (2003, p. 104-105), identifică o serie de scheme emoţionale negative care stau la baza apariţiei depresiei şi anxietăţii. Acestea pot fi evidenţiate cu ajutorul scalei schemelor emoţionale elaborate de autor. Acestea reprezintă întrebările pe care va trebui să le adreseze terapeutul clientului pentru a identifica schemele emoţionale centrate în jurul câtorva concepte, precum şi unele strategii de contracarare a lor.

1. Comprehensibilitatea:
„Au aceste trăiri emoţionale vreo semnificaţie pentru tine?";
„Care ar fi motivele pentru care te simţi trist, speriat sau mânios?";
„La ce te gândeşti (ce imagini îţi vine în minte) atunci când te simţi trist, speriat, furios?";
„Ce situaţii declanşează aceste stări emoţionale?";
„Dacă aceste stări afective nu au nici un sens pentru tine, ce crezi despre astea?";
„Crezi că vei înnebuni sau îţi vei pierde controlul ?";
„Crezi că unele lucruri petrecute în copilărie te fac să te simţi astfel acum?".

2. Viziune simplistă asupra vieţii afective:
„Consideri că a avea emoţii contradictorii reprezintă un fenomen normal sau anormal?";
„Ce crezi că înseamnă să ai sentimente contradictorii faţă de cineva?";
„Care este dezavantajul convingerii că trebuie să simţi un singur fel de emoţii?".

3. Culpabilitatea:
„Care sunt motivele pentru care crezi că emoţiile tale nu se justifică?";
„De ce crezi că nu trebuie să nutreşti aceste sentimente?";
„Crezi că alţii ar putea avea stări afective similare într-o astfel de situaţii ?";
„Observi că există diferenţe între a simţi mânie şi a acţiona în consecinţă?";
„De ce crezi că unele emoţii sunt pozitive şi altele negative?";
„Dacă o altă persoană ar încerca aceste emoţii ai avea o părere mai proastă despre ea?";
„De unde ştii că o emoţie este negativă?";
„Ce ar fi dacă ai privi emoţiile pe care le trăieşti ca pe nişte experienţe care îţi dau un semnal că ceva nu este în regulă?";
„Cum ar putea stările afective pe care le trăieşti să rănească pe cineva?".

4. Caracterul controlabil:
„Consideraţi că trebuie să vă controlaţi emoţiile şi să vă eliberaţi de stări afective negative?";

„Ce credeţi că se va întâmpla dacă nu reuşiţi să vă eliberaţi complet de o anumită stare afectivă?";

„Nu cumva încercările de a vă elibera de o stare afectivă nu fac decât să o intensifice?";

„Vă temeţi de faptul că a trăi o stare afectivă intensă reprezintă un semn că se va întâmpla ceva mai rău?";

„Credeţi că veţi înnebuni sau că vă veţi pierde controlul?";

„Credeţi că există vreo diferenţă între autocontrolul acţiunilor şi autocontrolul emoţiilor?".

5. Consensul:

„Ce stări afective aveţi, despre care credeţi că nu le au şi ceilalţi?";

„Dacă altcineva trăieşte o astfel de stare afectivă ce credeţi despre persoana respectivă?";

„De ce credeţi că filmele sau romanele cu încărcătură emoţională sunt apreciate de mulţi oameni?";

„Credeţi că oamenilor le pare bine să afle că şi alţii trăiesc aceleaşi sentimente?";

„Credeţi că este normal să fiţi supărat, să aveţi fantezii, să vă temeţi?";

„Dacă vă jenaţi să vă exprimaţi sentimentele, credeţi că acest lucru vă împiedică să constataţi că alţii trăiesc aceleaşi stări?".

6. Ruminaţiile interioare:

„Care sunt avantajele şi dezavantajele concentrării asupra a cât de rău vă simţiţi?";

„Credeţi că dacă veţi continua să vă gândiţi la acel lucru veţi găsi şi o soluţie?";

„Credeţi că îngrijorările vă fac să vă temeţi că nu vă puteţi controla tendinţa de îngrijorare?";

„Îngrijoraţi-vă cât mai mult, timp de jumătate de oră în fiecare zi, iar în restul timpului lăsaţi grijile la o parte";

„Reformulaţi îngrijorările în termeni comportamentali, astfel încât să puteţi acţiona pentru a rezolva problema";

„Distrageţi-vă atenţia realizând o acţiune sau întâlnindu-vă cu un prieten cu care să discutaţi despre altceva decât despre motivele de îngrijorare?";

„Există oare ceva real ce nu doriţi să acceptaţi?";

„Ce credeţi că se va întâmpla dacă vă veţi permite să acceptaţi o anumită emoţie?";

„Credeţi că veţi acţiona în consecinţă"?;

„Credeţi că dacă veţi accepta o emoţie aceasta va persista în permanenţă?";

„Credeţi că neacceparea emoţiilor vă va motiva să vă schimbaţi?";

„Care sunt consecinţele negative ale reprimării stărilor emoţionale, risipirea energiei, atenţie excesivă, efecte inverse?";

„Dacă negaţi faptul că ceva vă sufocă atunci cum mai puteţi rezolva problema?";

„Nu ar fi mai bine să vă daţi voie să trăiţi o stare emoţională şi să o observaţi pur şi simplu în loc să o judecaţi sau să încercaţi să o modificaţi?".

Studiu de caz (după modelul elaborat de Leahy, 2003)

Denisa, o profesoară în vârstă de 39 de ani, divorţată, s-a adresat cabinetului de psihoterapie pentru anxietate generalizată, depresie, stimă de sine scăzută şi consum abuziv de alcool. Clienta a urmat tratament cu Prozac, dar a întrerupt acest tratament în urmă cu trei săptămâni deoarece nu a obţinut nici un rezultat. La chestionarele de depresie (BDI) şi anxietate (BAI) elaborate de Beck a obţinut 24 şi respectiv 25 de puncte.

Clienta obişnuia să consume alcool zilnic.

La interviul clinic, pacienta şi-a exprimat următoarele îngrijorări: „voi fi concediată"; „voi rămâne singură pentru totdeauna"; „fiica mea este supărată pe mine"; „o să rămân fără nici un ban şi o să sfârşesc în sărăcie"; „şeful meu este supărat pe mine"; „mă voi îmbolnăvi şi nimeni nu va avea grijă de mine".

Problemele emoţionale ale clientei se refereau la neacceptarea stărilor afective, lipsa validării, abordare simplistă, pierderea controlului şi ruminaţii cu conţinut negativ.

Ambii părinţi ai clientei sufereau de depresie. Tatăl a fost diagnosticat cu tulburare afectivă bipolară, alcoolism şi idei cu conţinut suicidar. Acesta o agresa fizic sau refuza să-i vorbească. Mama evita să abordeze orice problemă legată de viaţa emoţională.

Lecţia pe care a învăţat-o clienta încă de timpuriu a fost aceea că nu trebuie să aibă nici un fel de stări afective.

Socializarea ei emoţională s-a bazat pe respingere, dezaprobare şi dereglare emoţională.

Clienta a relatat faptul că de-a lungul timpului a avut mai multe episoade în care a mâncat compulsiv, a ţinut regim şi a abuzat de alcool.

Ea a afirmat că s-a temut totdeauna să-şi manifeste mânia pentru a nu fi bătută de tatăl ei.

Denisa se temea şi de multe alte lucruri şi atunci când se simţea singură şi speriată, consuma alcool sau mânca în mod compulsiv pentru a se elibera de stările afective negative.

Conceptualizarea cazului

Denisa a fost diagnosticată iniţial cu depresie majoră, anxietate generalizată şi abuz de alcool.

Schema ei cognitivă era centrată în jurul lipsei valorii personale iar schema interpersonală postula faptul că oamenii o vor evalua negativ şi o vor respinge.

Schema emoţională se referea la ideea că stările emoţionale reprezintă un semn de deficientă personală şi că trebuia să se elibereze imediat de ele mâncând sau consumând alcool, în caz contrar, stările afective ar copleşi-o şi ar aduce-o la spitalul de psihiatrie (la fel ca tatăl său).

Deoarece considera că trăirile emoţionale reprezentau o deficienţă, clienta evita să le împărtăşească altora pentru a nu fi respinsă.

Denisa credea că dacă va plânge în faţa terapeutul acesta o va considera slabă şi că îşi va pierde total controlul.

Gândurile negative automate aveau următorul conţinut:

„Ei cred că sunt o ratată" (Citirea gândurilor);

„Voi sfârşi în mizerie" (Prevestirea catastrofizantă a viitorului);

„Sunt o proastă" (Etichetare);

„Mi-am distrus întreaga viaţă" (Gândire de tipul totul sau nimic);

„Nimic din ceea ce fac nu-mi reuşeşte" (Desconsiderarea pozitivului);

Îngrijorările sale se refereau la bani, activitate profesională şi singurătate;

„Mă gândesc tot timpul la asta, poate voi găsi o soluţie";

„Voi fi pregătită";

„Dacă sunt pesimistă nu voi fi dezamăgită";

„Îngrijorările mă copleşesc; nu am nici un control asupra lor".

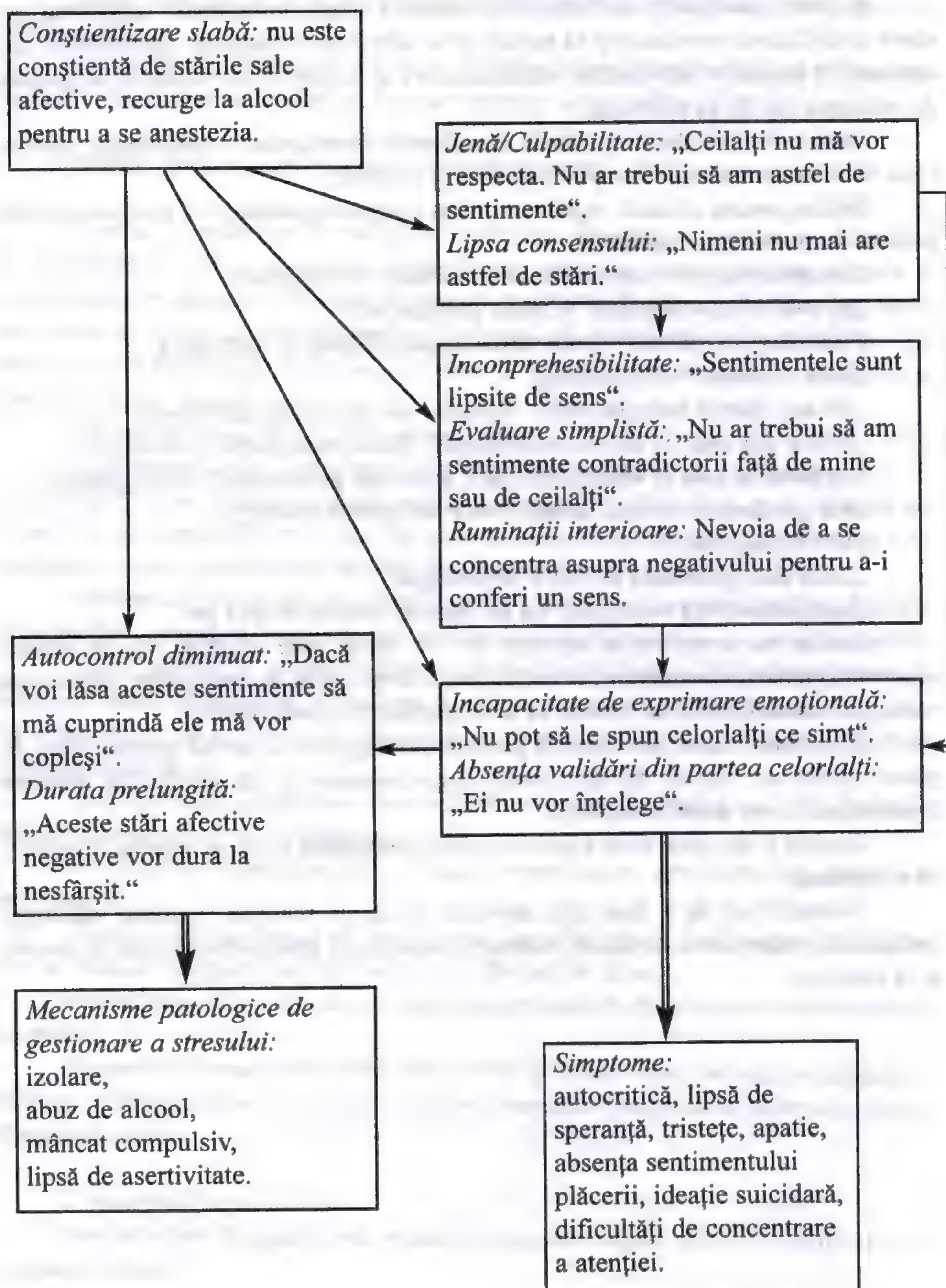
Denisa nu conştientiza aproape de loc stările sale afective. Ea se simţea vinovată şi jenată, considerând că ceilalţi nu nutresc astfel de sentimente, că acestea nu au nici un sens şi că nu trebuie să aibă sentimente contradictorii.

Clienta rumina în permanenţă gânduri şi imagini cu conţinut negativ fiind de părere că nu are nici un fel de control asupra acestora şi că stările sale afective disfuncţionale vor dura la nesfârşit.

Denisei îi era greu să-şi exprime aceste sentimente şi nu se aştepta ca ceilalţi să o înţeleagă.

Strategiile ei de a face faţă stresului aveau un puternic conţinut patologic incluzând: izolare, abuz de alcool, mâncat compulsiv şi lipsă de aseritivate în familie şi la serviciu.

Schema conceptualizării emoționale a cazului (după Leahy, 2003, p. 108).



Aşa cum a rezultat în urma evaluării iniţiale, Denisa avea dificultăţi să-şi accepte stările emoţionale. Întrebată fiind de către terapeut ce stări emoţionale nu acceptă, clienta a relatat următoarele:

„Anxietatea şi mânia. Trebuie să mă eliberez imediat de aceste sentimente. Nu trebuie să fiu tristă, doar am o viaţă bună!"

Denisa considera că reacţiile sale emoţionale sunt de neînţeles şi că nu le poate controla decât dacă abuzează de alcool. Clienta se simţea neajutorată şi incapabilă să schimbe ceva în existenţa ei.

„Dacă nu beau mă simt din ce în ce mai rău." Datorită modalităţii simpliste de a evalua propriile stări afective, Denisa considera că nu trebuie să nutrească sentimente contradictorii faţă de propria persoană sau faţă de ceilalţi („Lucrurile trebuie să fie clare: ori sunt fericită, ori sunt deprimată").

Terapeutul a ajutat-o să examineze convingerea conform căreia dacă îşi va exprima emoţiile va suferi o decompensare psihică.

Redăm mai jos, un fragment din cadrul dialogului terapeutic:

Terapeutul: Denisa, ai plâns la întâlnirea noastră de astăzi. Ce ai crezut că voi gândi eu despre tine?

Denisa: M-am temut că mă veţi considera patetică.

T: Dar acum ce crezi?

D: Cred că mă înţelegeţi. Păreţi o persoană caldă.

T: Ai crezut şi faptul că dacă îţi exprimi emoţiile vei pierde controlul şi te vei îmbolnăvi psihic?

D: Da, dar nu s-a întâmplat asta.

T: Când stai singură în casă îţi spui în gând: „Trebuie să mă eliberez imediat de aceste stări pentru că altfel mă vor copleşi." Ce ar fi dacă ai încerca să nu îţi mai „îneci amarul" în alcool? Ce faci dacă încerci să nu mai bei?

D: Citesc o carte, mă uit la televizor sau fac gimnasitcă.

T: Iată că există mai multe strategii de a face faţă stărilor afective negative. Una dintre ele este abuzul de alcool. Să examinăm acum avantajele şi costurile diferitelor modalităţi de a face faţă emoţiilor.

Pentru a o ajuta pe Denisa să-şi înţeleagă stările afective, terapeutul a analizat împreună cu ea fondul genetic al familiei: părinţii şi bunica paternă au suferit de depresie, iar o mătuşă a fost bolnavă de schizofrenie. Vulnerabilitatea biologică şi mediul familial unde a predominat critica, retragerea şi disimularea stărilor emoţionale au fost oferite drept explicaţii pentru starea actuală a clientei.

Modelul cognitiv a ajutat-o, de asemenea, să conştientizeze faptul că, deoarece nutrea convingerea că are o deficienţă, clienta filtra acele informaţii care veneau în sprijinul convingerii respective, prognozând respingere, abandon şi eşec.

Aceste intervenţii terapeutice au contribuit la diminuarea sentimentelor de culpabilitate.

În continuare, au fost puse în discuţie convingerile conform cărora Denisa trebuia să aibă numai sentimente pozitive faţă de fiica ei Mirela. A fost aplicată strategia analizei beneficiilor şi costurilor (costul constă în faptul că această convingere avea un caracter nerealist, Mirela fiind diagnosticată cu tulburări de comportament).

Terapeutul a aplicat şi tehnica standardelor duble, întrebând-o ce ar spune o prietenă a cărei fiică lipseşte de la şcoală şi fură bani din casă. Răspunsul clientei a fost: „Există unele lucruri pe care le apreciez la fiica mea, dar sunt şi multe care nu îmi plac."

Această strategie a ajutat-o pe clientă să-şi revizuiască viziunea simplistă asupra oamenilor şi emoţiilor.

Terapeutul a apreciat faptul că Denisa avea motive să fie tristă datorită comportamentului fiicei sale, fapt ce a ajutat-o să-şi înţeleagă mai bine stările afective

Deoarece Denisa abuza de alcool pentru a-şi înlătura anxietatea, terapeutul a pus accent pe reducerea consumului între şedinţele de terapie, pentru că atâta timp cât obişnuieşte să bea, clienta nu va avea acces la gândurile negative automate şi nu le va putea înlocui cu unele raţionale.

Schemele sale emoţionale disfuncţionale joacă un rol însemnat în menţinerea strategiei patologice de a face faţă stresului (Convingerea negativă că stările emoţionale o vor copleşi, sentimentele de culpabilitate şi neînţelegere a propriilor trăiri, precum şi aceea că băutura reprezintă o alternativă faţă de ruminaţiile interioare).

Sarcinile pentru acasă au fost următoarele:

- Denumirea stărilor afective: tristeţe, anxietate, mânie, sentiment de vid interior, curiozitate etc.
- Acceptarea stărilor emoţionale ca fiind omeneşti: „Trebuie să fiu puternică" versus „trebuie să accept că sunt o fiinţă omenească";
- Acceptarea ambivalenţei: „Nu este realist să mai aştept să am numai sentimente pozitive sau negative faţă de o persoană sau faţă de mine însămi. A avea sentimente contradictorii înseamnă a fi o persoană complexă";
- Normalizarea sentimentelor: „Este normal să mă simt uneori singură sau supărată";
- Autocontrolul stărilor emoţionale: „Aşează-te într-un fotoliu şi acordă-ţi 20 de minute pe zi pentru a-ţi face griji"; „Atunci când te simţi deprimată, fă gimnastică, fă o plimbare, citeşte o carte, vizitează o prietenă, fă cumpărături";
- Reducerea culpabilităţii: „Nu ai decis tu să ai o problemă"; „Există o serie de factori genetici şi din copilărie, care te-au determinat să fii vulnerabilă"; „A fi deprimat nu reprezintă un lucru ruşinos";
- Reducerea ruminaţiilor: „Ce lucruri plăcute sau utile aş putea face în următoarele zile în loc să mă gândesc la problemele mele?".

În vederea înlăturării îngrijorărilor au fost realizate următoarele strategii:

- Realizarea distincţiei dintre îngrijorările productive şi neproductive: îngrijorările productive reprezintă paşi în direcţia rezolvării problemei, în timp ce cele neproductive nu duc nicăieri şi îmbracă forma: „ce va fi dacă..." şi „scapă de sub control";
- Raţionalizare: „Faptul că te simţi anxioasă nu înseamnă că lucrul rău de care te temi se va întâmpla cu adevărat";
- Înlăturarea conxiunilor întâmplătoare: „Tu crezi că acel eveniment negativ nu s-a petrecut pentru că îngrijorările tale l-au preîntâmpinat. Există multe lucruri rele care nu se întâmplă şi altele care se întâmplă, deşi nu te-ai îngrijorat din cauza lor";
- Reducerea tendinţei de izolare prin intermediul planificării activităţilor pe termen scurt şi pe termen lung.

Treptat, Denisa şi-a recâştigat autocontrolul şi a realizat faptul că stările sale afective pot fi modificate prin intermediul următoarelor strategii:

- stabilirea unor perioade scurte în care să se lase în voia stărilor afective;
- observarea acestora fără a le judeca;
- modificarea gândurilor şi convingerilor negative;
- planificarea unor activităţi pozitive;
- utilizarea unor metode de rezolvare de probleme care să o ajute să-şi găsească un alt loc de muncă şi să gestioneze corect conduita fiicei;
- stabilirea de contacte cu persoane suportive (prieteni) cărora să le poată împărtăşi trăirile.

După două luni de terapie cu şedinţe de două ori pe săptămână, clienta a reuşit să reducă, apoi să stopeze complet consumul de alcool.

Scorurile la inventarele de depresie şi anxietate s-au redus la 9 şi respectiv 8 puncte.

Denisa a reluat legăturile cu o prietenă din liceu cu care a început să se întâlnească la sfârşit de săptămână.

La şcoală, Denisa a devenit mai asertivă, şi-a ameliorat relaţia cu directoarea şi s-a înscris la examenul pentru gradul didactic I.

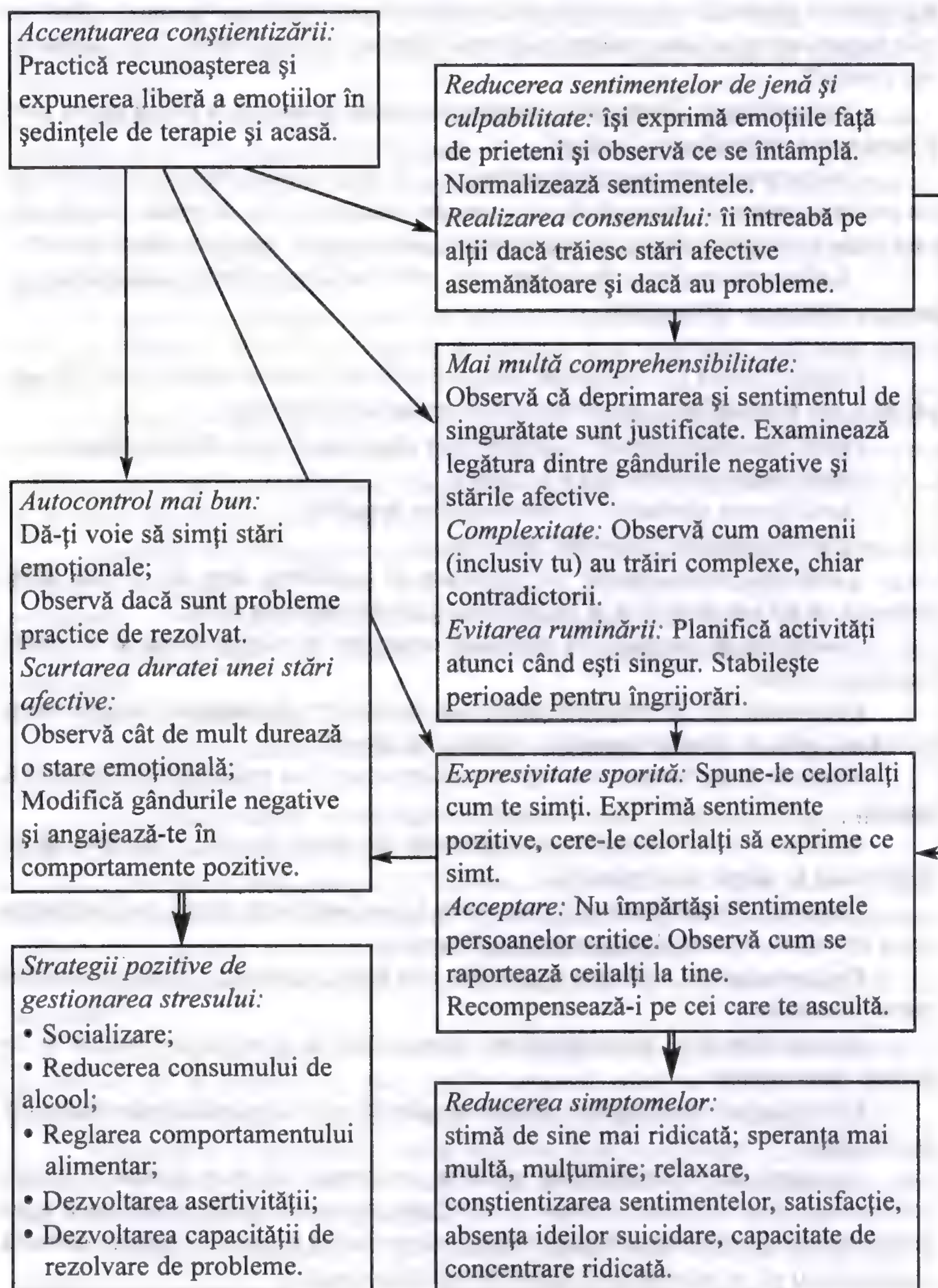
De asemenea, ea a adoptat o atitudine mai fermă cu fiica ei cu care a acceptat discuţii deschise.

Aceasta din urmă a încetat să mai lipsească de la şcoală şi s-a înscris la un curs de dans modern.

Psihoterapia a durat 6 luni, după care clienta a mai fost văzută de câteva ori de terapeut.

Conştient de vulnerabilitatea acesteia, terapeutul i-a atras atenţia că există posibilitatea unor recăderi, precum şi a reluării consumului de alcool dacă apar evenimente de viaţă traumatizante. Acesta i-a explicat că nu există o terapie perfectă şi a învăţat-o să se accepte şi să facă eforturi să evolueze.

Prezentăm mai jos schema intervenţiilor terapeutice (după Leahy, 2003, p. 111):



X. Eficienţa sarcinilor pentru acasă

Sarcinile pentru acasă au reprezentat o componentă importantă în cadrul terapiei cognitiv-comportamentale încă de la începuturile acesteia (Beck, Rush, Shaw şi Emery, 1979). Observaţiile clinice evidenţiază faptul că îndeplinirea sarcinilor pentru acasă îl ajută pe client să se amelioreze mai repede şi să se menţină în stare bună un timp mai îndelungat, complianţa faţă de acestea reprezentând un predictor important pentru succesul terapiei.

Cu toate acestea, terapeuţii practicieni ştiu că adesea clienţii nu îşi îndeplinesc sarcinile pentru acasă sau nu le realizează cum trebuie.

Detweiler şi Whisman (1999) consideră că există trei categorii de factori care împiedică realizare cu succes a temelor pentru acasă în cadrul terapiei cognitive: factori ce ţin de specificul sarcinii, factori care ţin de terapeut şi factori care ţin de client.

Factorii specifici conţinutului sarcinii se referă la claritatea şi corectitudinea temelor care trebuie îndeplinite de client.

Factorii care ţin de terapeut implică abilităţile acestuia de a motiva clientul pentru realizarea sarcinilor şi ţin de alianţa terapeutică şi de maniera în care se realizează întărirea pozitivă a complianţei faţă de temele pentru acasă.

Factorii specifici clientului reprezintă variabile psihologice şi dispoziţionale cum ar fi perfecţionismul sau sensibilitatea faţă de respingere.

Terapeutul va trebui să realizeze unele ajustări în cadrul sarcinilor trasate clientului, astfel încât acestea să corespundă nivelului abilităţilor clientului şi particularităţilor personalităţii sale.

Deşi toţi aceşti factori pot genera blocaje în cadrul terapiei, Tompkins (2003) recomandă terapeuţilor să se focalizeze în primul rând asupra primelor două categorii de factori pe care îi pot controla mai bine, înainte de a presupune că noncomplianţa la terapia s-ar datora unor trăsături psihopatologice ale clientului.

Acelaşi autor (Tompkins, 2003) subliniază faptul că există o serie de factori care vor influenţa modul de îndeplinire al temelor pentru acasă:

1. Concepţia clientului cu privire la afecţiunea sa şi la tratament;
2. Nivelul de dezvoltare a cunoştinţelor şi deprinderilor clientului;

3. Istoria unor fenomene de non-complianţă de-a lungul vieţii clientului;
4. Factori de mediu (partener nesuportiv, dificultăţi de deplasare etc.).

1. Concepţia clientului cu privire la boală şi terapie.

Terapeuţii care înţeleg modelul explicativ al clientului asupra bolii pot implementa o strategie de intervenţie în acord cu acesta contribuind la sporirea complianţei la tratament (Kleinman, 1977, Sue şi Zane, 1987).

Cu alte cuvinte, dacă pacientul nu crede că temele pentru acasă sunt menite să-l ajute să-şi rezolve problema, acesta nu le va duce la îndeplinire.

Astfel, este puţin probabil că o femeie singură dintr-un oraş de provincie, în căutarea unui partener portivit, ar accepta cu uşurinţă să meargă singură la o petrecere şi să intre în vorbă cu bărbaţi necunoscuţi.

Terapeutul va trebui să culeagă informaţii în legătură cu convingerile clientului referitoare la problema sa, la terapie în general şi la temele pentru acasă în mod special. Acesta îl va întreba direct pe client:

„De ce doreşti să fii ajutat să-ţi rezolvi problema?";
„Cum crezi că va decurge terapia?";
„Ce crezi că te va ajuta cel mai mult, dar cel mai puţin?";
„Care crezi că este rolul meu şi rolul tău în cursul terapiei?".

Răspunsurile la aceste întrebări îl vor ajuta pe terapeut să formuleze ipoteze referitoare la o posibilă noncompliaţă şi la forma acesteia.

Cristina, o studentă cu agorafobie s-a speriat foarte tare când terapeutul i-a comunicat că va trebui, în cadrul temelor pentru acasă, să iasă singură pe stradă.

Terapeutul i-a explicat faptul că este vorba de sarcini gradate în paşi mici care vor începe după ce clienta a practicat exerciţii de relaxare şi antrenament mental numite să o ajute să-şi stăpânească temerile. Aceste explicaţii au determinat-o pe Cristina să accepte începerea tratamentului.

2. Nivelul de cunoştinţe şi abilităţi al clientului.

Adesea terapeutul va propune sarcini pentru acasă considerând de la sine înţeles faptul că pacientul poate să le îndeplinească, pierzând din vedere faptul că acesta poate să nu aibă abilităţile de a stabili priorităţi, de a rezolva probleme, de a comunica, sau de a se exprima asertiv.

Este indicat ca terapeutul să inventarieze repertoriul de abilităţi al clientului, precum şi flexibilitatea de a le aplica în diverse situaţii (un client care se comporta asertiv în calitate de director de firmă avea dificultăţi să se comporte la fel cu soţia).

Abilităţile clientului de a duce la îndeplinire temele pentru acasă pot fi verificate în timpul şedinţei de psihoterapie, sub forma jocului de rol.

Astfel, Laura, o secretară cu fobie socială, izolată şi depresivă, a convenit cu terapeutul că va telefona unei prietene pentru a o invita la o cafea.

Jocul de rol a evidenţiat faptul că invitaţia a fost făcută pe un ton rigid şi glacial care conducea automat la un refuz.

Terapeutul a realizat faptul că înainte de a trasa o astfel de sarcină ar trebui să o înveţe pe clientă cum să întreţină convorbiri telefonice degajate şi pline de amabilitate.

3. Istoria de non-complianţă a clientului.

Clienţii care evită să îndeplinească sarcinile pentru acasă sau cei care le realizează incomplet au avut adesea în antecedente o istorie de non-complianţă la alte tipuri de sarcini pe care au fost de acord să le completeze, cum ar fi, de pildă, temele şcolare.

Mulţi dintre aceştia relatează faptul că au avut şi dificultăţi de a urma prescripţiile medicilor de familie sau pe cele ale altor psihoterapeuţi.

Întrebările care ar trebui adresate unor astfel de clienţi ar putea fi:

„Cum reacţionaţi atunci când cineva vă dă un sfat sau vă sugerează să modificaţi ceva în comportamentul vostru?", „Aţi avut dificultăţi să vă faceţi lecţiile când eraţi la şcoală?".

Observaţiile clinice au evidenţiat faptul că unele convingeri negative disfuncţionale reprezintă cauza principală a blocajelor în realizarea temelor pentru acasă (Russo, 1987).

Astfel, unii clienţi nu îşi îndeplinesc sarcinile trasate pentru că sunt convinşi de faptul că nu sunt capabili să o facă, temându-se că dacă încearcă, vor eşua şi terapeutul îi va respinge sau îi va critica.

Clienţii perfecţionişti au expectaţii nerealiste în legătură cu modul în care trebuie îndeplinită o sarcină, ceea ce îi determină să amâne realizarea acesteia sau să renunţe imediat ce au început, considerând că au ratat acţiunea.

Convingerile lor negative sunt de tipul: „dacă nu realizez ceva perfect sunt un ratat".

Există şi unii clienţi care se tem de pierderea autocontrolului sau autonomiei (Dowd şi Sanders, 1994), în timp ce alţii sunt instabili sub aspect emoţional şi pot deveni iritabili dacă li se sugerează să întreprindă ceva.

Conceptualizarea cazului îl va ajuta pe terapeut să înţeleagă modul în care convingerile disfuncţionale şi problemele comportamentale şi interpersonale contribuie la non-complianţă precum şi la apariţia altor comportamente simptomatice (Ellis, 1997, Person, 1989, Tompkins, 1999).

Tompkins (2002) ne prezintă cele mai frecvente tipuri de blocaje care apar la îndeplinirea temelor pentru acasă, precum şi strategiile de contracarare a acestora.

Strategiile sunt centrate mai curând asupra modificării structurii sarcinii sau a manierei terapeutului de a o administra, decât pe variabila client.

4. Factorii de mediu.

Eşecul de a îndeplini sarcinile pentru acasă poate avea la bază şi atitudinea unor persoane din anturaj care, nu numai că nu îl sprijină pe client în îndeplinirea acestora, dar pot chiar să-l sancţioneze. O clientă depresivă nu va putea duce la îndeplinire sarcina de a desfăşura activităţi agreabile dacă soţul o ceartă că telefonează unei prietene sau refuză să meargă cu ea la un spectacol.

O altă clientă care locuia cu soţul, doi copii şi soacră, într-un apartament de două camere nu găsea timpul şi locul liniştit pentru a practica exerciţiile de relaxare.

Întrebările adresate clientului vor fi următoarele:

„Crezi că există ceva care te-ar putea determina să nu progresezi în terapie?";

„Cine din anturajul tău este mai suportiv şi cine ar sabota terapia?";

„Pe cine ar trebui să sun dacă apare vreo problemă pe parcursul terapiei?";

„Ai mai încercat şi în trecut să rezolvi problema care te frământă? Dacă da, ce anume te-a împiedicat să o faci?".

• „Nu mi-am îndeplinit sarcinile pentru că nu sunt convins că mă vor ajuta".

Clienţii acceptă să-şi îndeplinească sarcinile mai ales atunci când cred că acestea i-ar putea ajuta să-şi rezolve problemele pentru care s-au adresat terapeutului.

Studiile au evidenţiat faptul că pacienţii care acceptă explicaţiile referitoare la tratament au tendinţa de a progresa mult mai repede (Addis şi Jacobson, 1996, Fennell şi Teasdale 1987).

Atunci când prezintă principiile terapiei şi motivele pentru care trebuie realizate temele, psihoterapeutul va trebui să sublinieze legătura dintre acestea şi obiectivele clientului.

„Marina, cred că două sau trei ieşiri în oraş săptămâna viitoare ar putea reprezenta o foarte bună sarcină pentru tine. Aş dori să-ţi amintesc faptul că în cursul ultimelor şedinţe de terapie ai conştientizat faptul că te simţi mult mai deprimată atunci când stai în casă singură.

Deoarece, obiectivul tău este să nu mai fi deprimată, consider că această sarcină ţi-ar oferi un bun prilej ca să pui în aplicare o strategie care te va ajuta acum şi în viitor să-ţi ameliorezi dispoziţia atunci când te simţi tristă".

Terapeutul nu trebuie să recomande niciodată o temă a cărei raţiune nu a fost înţeleasă şi acceptată de client (Persons, Davidson şi Thompkins, 2001).

• „Nu mi-am făcut temele pentru acasă pentru că nu mi-a fost clar ce anume trebuie să fac."

Clienţii au dificultăţi să realizeze sarcinile pentru acasă care par prea vagi.

O sarcină clară şi concret formulată trebuie să cuprindă următoarele informaţii:

Când, unde, cu cine, cât de mult şi ce acţiuni vor fi realizate.

O sarcină concretă poate să sune astfel:

„Invit-o pe Sanda mâine seară la ora opt la restaurantul „Select", în timp ce una vagă ar fi: „invită un prieten sau o prietenă să vă petreceţi timpul împreună".

• „Am uitat să-mi îndeplinesc sarcinile".

Pentru a evita această situaţie sunt indicate însemnările care au menirea de a reaminti clientului ce anume trebuie să facă.

Acestea pot îmbrăca forma unor instrucţiuni scrise sau înregistrate.

Tompkim (2003) sugerează următoarele elemente de care trebuie să ţină seama terapeutul care formulează instrucţiuni (după modelul ABCDE adaptat după Shelton şi Ackerman (1974), în care:

A = action (acţiune)

B = bring (a aduce)

C= chart (diagrame)

D = do / do not (se referă la recompense şi sancţiuni pentru îndeplinirea, respectiv neîndeplinirea temei).

E = extra (ce vor întreprinde clienţii dacă vor întâmpina dificultăţi pe parcursul realizării temelor pentru acasă).

A. Se va descrie în detaliu ce va trebui să facă subiectul sau celelalte persoane implicate în realizarea temelor pentru acasă (să noteze, să observe, să exerseze, să spună etc., precum şi frecvenţa acţiunilor respective). De exemplu: „adresează un salut la patru trecători în drum spre firmă".

B. Descrie ce anume va trebui să aducă pacientul la următoarea şedinţă de psihoterapie (un eseu, un jurnal, monitorizarea stărilor emoţionale etc.).

C. Precizează forma în care clientul va nota rezultatele îndeplinirii sarcinilor pentru acasă (diagrame, grafice, liste, etc.).

D. Se precizează ce se va întâmpla dacă clientul realizează sau nu tema propusă:

„Spune-ţi în gând că ai făcut o treabă bună!";

„Cumpără-ţi o ciocolată";

„Dacă nu ai realizat tema pentru acasă o să ne ocupăm în timpul şedinţei de psihoterapie, de ce anume nu a mers".

E. Se precizează ce anume va face clientul dacă va întâmpina dificultăţi în realizarea sarcinilor propuse.

Deoarece nu este posibil să se anticipeze toate situaţiile care pot apărea, terapeutul îl va îndruma pe client să elaboreze aşa-numitele planuri de rezervă.

„Dacă Monica nu răspunde la telefon, telefonează-i Anei sau Ruxandrei şi invită-le la un spectacol".

„Dacă Monica nu poate veni sâmbătă la întâlnire, întreab-o dacă nu este disponibilă în cursul săptămânii viitoare".

• „Nu mi-am îndeplinit sarcina pentru că mi s-a părut prea dificilă".

De regulă, atunci când clienţii afirmă faptul că sarcinile pentru acasă sunt mai dificile, ei consideră fie că acestea le depăşesc posibilităţile actuale, fie că au apărut probleme pe parcursul rezolvării lor.

Din acest motiv este indicat ca terapeutul să înceapă cu sarcini simple, gradate, pe care clientul să le poată îndeplini.

O sarcină mai uşoară pentru un subiect cu fobie socială ar fi să-şi salute colegul de serviciu dimineaţa, în timp ce una mai dificilă ar fi să invite o colegă la cină.

O sarcină mai puţin solicitantă administrată la început va creşte încrederea clientului în terapeut şi terapie, va contribui la consolidarea alianţei terapeutice, motivându-l să se străduiască mai mult.

Tompkins (2003) recomandă ca primele teme pentru acasă să cuprindă acţiuni pe care clientul le realizează deja.

Elena, o economistă timidă, a solicitat psihoterapie pentru a deveni mai asertivă în cadrul firmei. După realizarea unor jocuri de rol în cadrul terapiei, clientei i s-a cerut să realizeze o ierarhie a persoanelor cu care avea dificultăţi de exprimare şi să noteze în procente de câte ori s-a comportat asertiv cu fiecare dintre acestea.

Clienta a fost de acord că prima persoană cu care va trebui să se comporte asertiv va fi o tânără nou angajată care îi era simpatică şi căreia trebuia să-i prezinte activitatea biroului.

Unii clienţi cad de acord să îndeplinească sarcinile pentru acasă, dar se opresc imediat ce apare cel mai mic obstacol.

Pentru a preîntâmpina astfel de situaţii, terapeutul îl va ajuta să anticipeze eventuale dificultăţi şi să elaboreze planuri alternative sau va exersa împreună cu clientul tema propusă în timpul şedinţei de psihoterapie.

Terapeutul va trebui să exploreze împreună cu clientul eventualele obstacole despre care acesta din urmă crede că îl vor împiedica să-şi realizeze temele şi să propună alte tipuri de sarcini (cum ar fi să monitorizeze situaţia pe care clientul nu crede că o va putea gestiona).

Repetarea sarcinii pentru acasă poate fi realizată în timpul şedinţei de psihoterapie sub forma jocului de rol sau a imaginaţiei dirijate în cadrul căreia clientul repetă cu voce tare ce anume are de îndeplinit.

• „Nu mi-am îndeplinit sarcina pentru că nu mi s-a părut importantă".

Adesea, clienţii nu-şi îndeplinesc sarcinile pentru acasă pentru că au impresia că acestea nu sunt importante fie datorită faptului că terapeutul nu insistă asupra necesităţii îndeplinirii lor, fie pentru că nu are timp să le analizeze.

Pentru a facilita realizarea temelor, terapeutul trebuie să îndeplinească următoarele condiţii (Tompkins 2003):

1. Să manifeste *consecvenţă.*

Temele sau sarcinile pentru acasă trebuie revizuite în cadrul fiecărei şedinţe, terapeutul apreciind pozitiv îndeplinirea lor sau discutând motivele neîndeplinirii.

În caz contrar, clientul va considera că acestea sunt lipsite de importanţă.

Trebuie să se discute cu clientul şi măsura în care acesta a modificat din proprie iniţiativă tema propusă deoarece i s-a părut prea dificilă sau deoarece au apărut factori neprăvăzuţi pe parcursul realizării ei.

Aceste informaţii vor fi utilizate de către terapeut atunci când va formula următoarele teme.

2. Să manifeste *curiozitate*.

Clienţii au mai multe informaţii în legătură cu factorii care i-au împiedicat să realizeze temele, un terapeut curios beneficiind de pe urma acestora în structurarea demersurilor viitoare.

De asemenea, un terapeut curios îl va influenţa pe client, la rândul său curios, în legătură cu posibilele blocaje care stau în calea realizării temelor.

Un astfel de terapeut va stimula creativitatea clientului ajutându-l să formuleze singur noile sarcini în loc să le prescrie ca atare.

3. Să dea dovadă de *spirit de colaborare*.

Demersul terapeutic este mai eficient dacă terapeutul şi clientul colaborează la alcătuirea sarcinilor pentru acasă.

În felul acesta, clientul va avea un autocontrol sporit asupra a ceea ce se petrece şi va înţelege mai bine care sunt dificultăţile şi în ce măsură sarcinile trasate îi sunt utile.

Mai mult, dacă cei doi colaborează cu succes în depăşirea dificultăţilor, alianţa terapeutică va avea de câştigat.

Adesea, este indicat ca terapeutul să negocieze cu clientul o sarcină care este agreată de ambele părţi.

4. Să manifeste *grijă faţă de client*.

Terapeutul trebuie să fie atent la maniera în care îi răspunde clientului atunci când au loc discuţii referitoare la sarcinile trasate.

Astfel, va evita să întărească noncomplianţa clientului care nu şi-a realizat temele prin formulări de tipul: „lasă că nu este nici o problemă"; „altădată ai să faci mai bine" etc.

De asemenea, terapeutul va adresa complimente clienţilor care au îndeplinit cu succes sarcinile trasate.

În cazul în care clientul nu a realizat tema propusă, terapeutul va trebui să reacţioneze într-o manieră neutră, dar să pară interesat de ceea ce se întâmplă, concentrându-se asupra problemelor care au general noncomplianţă.

Întrebările adresate clientului trebuie să fie de tipul următor: „oare sarcina a fost prea dificilă?"; „au fost instrucţiunile insuficient de clare?"; „au apărut cumva unii factori neprevăzuţi?".

În cazul în care clientul realizează parţial sarcina propusă, terapeutul va întări pozitiv aspectele îndeplinite şi va negocia în continuare cu clientul temele viitoare, astfel încât să poată fi îndeplinite într-o măsură mai mare.

Dacă subiectul nu îndeplineşte de mai multe ori sarcinile trasate, acestea vor fi fragmentate în paşi mici, mai uşor de realizat.

XI. Aspecte ale psihoterapiei cognitiv-comportamentale a tulburărilor anxioase

Terapia cognitivă a tulburărilor anxioase este limitată în timp, focalizată pe problemă şi bazată pe modelul cognitiv al anxietăţii. Tratamentul implică o colaborare între terapeut şi client, ambii fiind angajaţi în procesul rezolvării de probleme.

Pe parcursul terapiei se realizează evaluări permanente, precum şi o serie de experimente în plan comportamental pentru a se verifica în ce măsură simptomele s-au ameliorat sau au dispărut şi pentru a adresa provocări gândurilor negative disfuncţionale.

Un rol important îl au şi temele pentru acasă, teme în cadrul cărora clientului i se cere să îndeplinească anumite sarcini între şedinţele de lucru cu terapeutul.

Metodele sau strategiile utilizate sunt atât cognitive, cât şi comportamentale. Cele cognitive se referă la identificarea gândurilor şi convingerilor negative automate prin intermediul rememorării unor situaţii, a analizei comutărilor în sfera emoţională, a jocului de rol, a tehnicii imaginaţiei dirijate, a sarcinilor de expunere la situaţii anxiogene, a jurnalelor şi chestionarelor.

Se utilizează şi metoda descoperirii dirijate pentru a determina semnificaţia şi natura gândurilor automate disfuncţionale care stau în spatele acestora.

Se procedează apoi la verificarea veridicităţii gândurilor negative, a convingerilor şi supoziţiilor disfuncţionale prin tehnici de contraargumentare şi verificare a dovezilor, procesul încheindu-se cu înlocuirea acestora cu gânduri mai realiste.

Tehnicile comportamentale sunt îndreptate mai ales în direcţia reducerii simptomelor, printre acestea numărându-se relaxarea, hipnoza, tehnicile de expunere la stimuli anxiogeni, tehnicile de distragere etc.

De asemenea, aceste tehnici se utilizează şi pentru testarea gradului de veridicitate a gândurilor şi convingerilor negative şi, în acest context, ele îmbracă forma unor mici experimente în sfera comportamentului.

Trebuie subliniat însă faptul că metodele comportamentale nu vor da rezultatul scontat dacă nu se va reuşi restructurarea stilului de gândire care generează tulburările anxioase.

Durata totală a terapiei este între 10 şi 15 şedinţe, care se desfăşoară săptămânal cu o durată cuprinsă între 45 şi 60 de minute fiecare.

În cazul unor situaţii mai complexe, cum ar fi, de pildă, probleme multiple – anxietate combinată cu tulburări de personalitate sau cu depresie majoră – este necesar un număr mai mare de şedinţă, precum şi tratament psihiatric adecvat.

După remiterea simptomelor, terapia se încheie prin intermediul şedinţelor săptămânale, pacienţii fiind invitaţi să se prezinte la control de 2-3 ori la interval de 5-6 luni.

Structura unei şedinţe de psihoterapie implică (Wells, 1999):

1. Revederea datelor obţinute prin intermediul metodelor de autoevaluare şi verificarea reacţiei pacientului faţă de şedinţa anterioară de psihoterapie.

2. Stabilirea planului sau agendei de lucru.

2.1 Verificarea îndeplinirii temelor pentru acasă:

- reacţii la lectura bibliografiei pe teme de psihoterapie cognitivă;
- feedback-uri legate de monitorizarea gândurilor;
- rezultatele miniexperimentelor din sfera comportamentală;
- probleme care au apărut la îndeplinirea temelor pentru acasă.

2.2 Identificarea gândurilor negative automate şi a supoziţiilor disfuncţionale şi testarea gradului lor de veridicitate:

- reamintirea unui episod recent când subiectul s-a simţit anxios;
- întrebări cu caracter provocator adresate gândurilor negative şi aducerea de contraargumente împotriva acestora;
- experimente în sfera comportamentală;
- identificarea distorsiunilor cognitive.

2.3 Discutarea unor probleme legate de gândurile negative, simptomele şi comportamentele de evitare:

- efectele comportamentale de evitare asupra simptomelor;
- rolul comportamentelor de evitare care împiedică procesul de infirmare a gândurilor negative;
- influenţa evaluării pericolului asupra comportamentului;
- efectele gândurilor negative asupra stărilor emoţionale.

2.4 Trasarea unor noi sarcini pentru acasă:

- notarea unor noi sarcini pentru acasă;
- expunere cu renunţarea la comportamentele de asigurare.

3. Solicitarea unor feedback-uri legate de modul de îndeplinire a temelor pentru acasă.

4. Implementarea în practică a unor strategii specifice terapiei cognitiv-comportamentale.

5. Trasarea efectivă a noilor teme pentru acasă.

6. Rezumatul şedinţei de psihoterapiei şi obţinerea unor feedback-uri de la pacient.

Stabilirea listei de probleme şi a obiectivelor psihoterapiei

În cazul în care lista de probleme a rezultat în urma aplicării tehnicilor de evaluare, aceasta trebuie revăzută împreună cu pacientul. Dacă aceasta nu a putut fi realizată, atunci elaborarea listei de probleme se va face în cursul şedinţei efective de psihoterapie.

Lista este utilă mai ales atunci când pacientul prezintă mai multe probleme. Aşa cum am mai subliniat, după stabilirea listei de probleme urmează stabilirea priorităţilor, avându-se în vedere următoarele criterii:

- opinia pacientului în legătură cu problema cea mai invalidantă care îl deranjează cel mai tare;
- opinia terapeutului cu privire la priorităţi, opinie bazată pe ipoteza acestuia cu privire la interrelaţiile dintre problemele-simptom.

După stabilirea priorităţilor, problemele trebuie transformate în obiective terapeutice.

Wells (1999) arată că problemele răspund la întrebarea „ce anume nu este în regulă?", în timp ce obiectivele trebuie să aibă un caracter operaţional şi să se refere în mod concret la ce anume ar dori clientul să se întâmple.

Obiectivele vagi, cum ar fi: „Aş dori să mă simt mai bine"; ,Aş dori să am relaţii mai bune cu ceilalţi" etc. trebuie operaţionalizate şi acest lucru se realizează adresând pacientului întrebări de tipul următor: „Ce înţelegi prin a te simţi mai bine?". Urmează apoi concretizarea obiectivelor care trebuie sa implice transformarea lor în elemente observabile şi măsurabile.

Întrebările adresate subiectului pot îmbrăca forma următoare: „Ce vei putea face atunci când vei avea relaţii mai bune cu ceilalţi şi nu poţi face acum?"

Rezultatele mai slabe în urma terapiei cognitiv-comportamentale se pot datora următoarelor cauze:

- definirea insuficient de riguroasă a obiectivelor terapiei;
- dezacordul dintre terapeut şi client referitor la expectaţiile acestuia din urmă faţă de terapie;
- insuficienta focalizare a demersului terapeutic;
- beneficiile secundare şi evitarea cognitivă şi afectivă.

Metodele terapiei cognitiv-comportamentale

Metoda dialogului socratic

Această metodă se referă la utilizarea unor întrebări atent dirijate de către terapeut ce au drept scop descoperirea semnificațiilor pe care le conferă pacientul unor trăiri sau simptome, precum și adresarea de provocări gândurilor negative și convingerilor disfuncționale pentru infirmarea veridicității lor, fapt ce conduce la modificarea stilului de gândire și apoi a stărilor afective și a comportamentului. Pentru ca aceste întrebări să-și atingă scopul, ele trebuie să fie cât mai firești, să se refere la lucruri precise, iar pacientul nu trebuie să aibă impresia că se află la un interogatoriu. Unele dintre întrebări au un caracter general, altele sunt specifice, având menirea de a furniza terapeutului detalii suplimentare.

Prezentăm, în cele ce urmează, câteva exemple de *întrebări generale (Wells,* 1999):

„Când te-ai simțit ultima dată speriat?"

„Ce simptome au apărut?"

„Ce gânduri ți-au trecut prin minte?"

„Ce imagini ți-au apărut?"

„Care este cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla?"

Întrebări cu caracter specific:

„Dacă nu ai fi făcut aceasta (comportamentul de asigurare), care ar fi fost cel mai rău lucru care s-ar fi putut întâmpla?"

„Ce ar însemna pentru tine dacă dezastrul se va produce?"

„Cum va fi atunci când îți vei pierde controlul?"

În cursul dialogului terapeutul trebuie să parafrazeze din când în când cele afirmate de subiect pentru a menține continuitatea acestuia și pentru a se asigura, că a înțeles bine despre ce este vorba.

Prezentăm un fragment din cadrul dialogului terapeutic realizat cu Elena, o tânără de 26 de ani, absolventă a facultății de drept și care suferă de fobie socială.

Terapeutul: îți amintești cea mai recentă întâmplare când ai simțit anxietate într-o situație socială?

Elena: Da, ieri când a trebuit să merg în oraș să-mi cumpăr o rochie.

T: Cum te-ai simțit?

E: Încordată, nervoasă și speriată că va trebui să merg singură.

T: Faptul că trebuia să mergi singură pare să fie problema, nu-i așa? Ce este rău în asta?

E: Nu este în regulă să mergi singură.

T: Ce înțelegi prin asta?

E: Majoritatea oamenilor care merg la târguieli sunt însoţiţi de cineva.

T: Care ar fi cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla dacă vei merge singură?

E: Ceilalţi vor observa şi vor crede că este ceva în neregulă cu mine.

T: Şi dacă ceilalţi vor observa, ce va fi?

E: Mă voi simţi jenată şi intimidată.

T: Şi ce va fi atât de rău în asta?

E: Nu înţeleg ce vreţi să spuneţi, dar mă voi simţi rău.

T: Ce s-a întâmplat până la urmă atunci când ai fost la cumpărături?

E: De fapt nici nu am făcut-o până la urmă.

T: Cum aşa?

E: M-am învârtit prin magazine, dar nu am încercat nici o rochie.

T: Ce s-ar fi întâmplat dacă ai fi încercat vreuna?

E: De fapt, nu s-ar fi întâmplat nimic.

T: Nu pari prea convinsă de acest lucru. Care ar fi fost cel mai rău lucru care s-ar fi putut întâmpla?

E: Aş fi făcut un atac de panică şi m-aş fi făcut de râs.

Metode de evidenţiere a gândurilor negative automate

În cazul tulburărilor anxioase se înregistrează două tipuri de gânduri automate: primare, direct legate de pericol şi secundare, referitoare la fuga din situaţie, la evitare şi la neutralizarea situaţiei. Un astfel de gând secundar ar putea fi, de pildă, „trebuie cu orice preţ să ies de aici".

Wells (1999) prezintă zece modalităţi de evidenţiere a gândurilor automate iată câteva exemple:

• *Scenariul celor mai „rele" consecinţe posibile*

Terapeutul va adresa clientului întrebări de tipul următor:

„Care ar fi cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla dacă ..."

Prezentăm un exemplu de dialog realizat cu pacienta care suferă de fobie socială.

Elena: Mă simt foarte stingherită atunci când mă aflu într-un grup.

Terapeutul: Ce gânduri îţi vin în minte atunci când te simţi astfel?

E: Nu mi-e clar dacă este vorba de gânduri, sau este doar o stare.

T: De ce eşti conştientă atunci când te simţi stingherită? Este vorba de o trăire?

E: Mi se goleşte mintea şi nu ştiu ce să spun.

T: Care este cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla dacă nu ai nimic de spus şi mintea ta pare goală?

E: Ceilalţi vor crede că este ceva în neregulă cu mine.

T: Care este cel mai rău lucru pe care l-ar putea gândi ei?

E: Vor crede că sunt proastă şi plicticoasă (gând negativ automat primar).

T: Atunci când te afli în grup îţi dai seama de faptul că gândeşti astfel?

E: Aceasta este teama mea cea mai mare.

• *Relatarea unor episoade când s-a manifestat anxietate*

Terapeutul va discuta în detaliu cu pacientul despre episoadele recente când acesta s-a simţit speriat, îngrijorat sau a avut un atac de panică.

Este de dorit să se aleagă un episod cât mai concret, de dată recentă şi să nu se adreseze întrebări cu caracter prea general. Se constată că, la început ,clientul se va referi la stările sale afective şi abia apoi va ajunge la gândurile negative automate.

Prezentăm mai jos un dialog realizat cu Adrian, inginer de 37 de ani, aflat în terapie pentru agorafobie.

T: Când te-ai simţit ultima oară rău atunci când te aflai în afara casei?

A: Am avut o zi proastă la sfârşitul săptămânii.

T: Povesteşte-mi. Unde te aflai?

A: Mă pregăteam să ies la plimbare cu soţia. Era duminică.

T: Ce ai simţit atunci? (terapeutul îl ajută pe pacient să conştientizeze stările afective).

A: M-am simţit groaznic. Am simţit o slăbiciune în picioare şi o senzaţie de pierdere a echilibrului.

T: Ce gânduri ţi-au venit în minte când te-ai simţit astfel?

A: Am gândit că n-aş vrea să merg la plimbare (gânduri automate secundare).

T: Ţi-a fost teamă că se va întâmpla ceva rău dacă vei ieşi din casă în starea asta?

A: Adesea mă simt aşa. Nu aş mai dori niciodată să mă simt astfel.

T: Trebuie să fie foarte neplăcut. Ai ieşit până la urmă în oraş?

A: Am condus maşina până la Universitate, în centru, şi atunci am făcut criza.

T: Ce ţi s-a întâmplat de fapt?

A: Am simţit o senzaţie de slăbiciune, am transpirat şi au început să-mi tremure picioarele.

T: Când te-ai simţit astfel ce gânduri ţi-au trecut prin minte?

A: Că vreau să mă urc în maşină şi să mă întorc acasă (gând automat secundar).

T: Atunci când au apărut simptomele te-ai gândit că s-ar putea întâmpla ceva rău?

A: Mi-am spus că nu mă voi putea ţine pe picioare şi voi leşina (gând negativ primar).

T: Cât de mult ai crezut în acest gând atunci?

• *Comutarea emoţională*

Terapeutul va observa cu atenţie comportamentul nonverbal al clientului pentru a detecta orice modificare a stării afective a acestuia. Modificările emoţionale

se pot manifesta în timpul discuţiilor cu privire la simptome şi stări, cât şi în timpul experimentelor de expunere sau de provocare deliberată a simptomelor.

Pornind de la evidenţierea acestor modificări în plan afectiv, terapeutul va conduce discuţia pentru a evidenţia gândurile negative automate. Din păcate, mulţi pacienţi au tendinţa să dirijeze astfel conversaţia încât să nu fie abordate aspecte anxiogene. Acest fenomen este denumit în literatura de specialitate evitare cognitiv-afectivă (Wells, 1999) şi se manifestă, de regulă, în acelaşi timp cu tendinţa pacientului de a prezenta situaţia cu foarte multe detalii, tendinţă combinată cu un fel de incapacitate de a răspunde clar la întrebările terapeutului.

Prezentăm un fragment dintr-un dialog purtat de terapeut cu Laura, 30 de ani, casnică, diagnosticată cu atacuri de panică.

L: Nu pot să vă descriu senzaţiile; este ca şi cum lucrurile s-ar modifica în jurul meu.

T: Ce vrei să spui de fapt când afirmi că lucrurile se schimbă?

L: Totul devine ireal, parcă lucrurile se mişcă şi se depărtează de mine.

T: Simţi că lucrurile se depărtează de tine? Parcă te simţi detaşată de ele, nu-i aşa?

L: Da, este ca şi cum m-aş afla într-o lume ireală; este înspăimântător. Mi se întâmplă chiar acum, când vorbesc despre asta. (Pacienta îşi acoperă ochii cu palmele şi clatină capul.)

T: Mi se pare că te simţi speriată chiar în acest moment.

L: O, Doamne! Intru în panică! Aş vrea ca totul să se oprească.

T: Ce gânduri îţi trec prin minte acum?

L: Este îngrozitor! Simt că voi înnebuni.

T: Este într-adevăr un lucru înspăimântător să gândeşti astfel. Cât de mult crezi că vei înnebuni cu adevărat?

• *Notarea gândurilor disfuncţionale*

Acest lucru se realizează pe baza unor formulare de tipul următor (Wells, 1999):

Data	*Situaţia*	*Emoţii*	*Gânduri negative automate*	*Gânduri alternative*	*Rezultat final*
	Notaţi situaţia sau gândurile (pentru pacienţii obsesivi) care vă produc stări afective negative.	1. Notaţi tipul de stare emoţională (trist, anxios, furios etc.). 1. Evaluaţi intensitatea emoţiei (0-100).	1 . Notaţi gândurile negative automate. 2. Notaţi cât de mult credeţi în acestea.	1. Ce alt mod de a interpreta situaţia ar mai putea exista? 2. Reevaluaţi cât de mult mai credeţi în gândul automat (0-100)	1. Notaţi tipul de emoţie. 2. Reevaluaţi inten sitatea emoţiilor resimţite (0-100) 3. Ce alte lucruri aţi mai putea întreprinde pentru a rezolva problema.

Aceste fişe de evaluare se utilizează la începutul tratamentului pentru a nota gândurile negative automate asociate cu stările afective negative. Ele furnizează informaţii referitoare la conţinutul acestor gânduri şi îl ajută pe pacient să sesizeze legătura dintre acestea şi stările afective.

• *Sarcinile de expunere la situaţii anxiogene*

Sub aspect cognitiv, acestea au rolul de a activa temerile pacienţilor prin expunere la situaţii stresante reale sau modelate de către terapeut. Prin intermediul sarcinilor de expunere terapeutul capătă acces la gândurile negative automate ale pacientului.

Terapeutul îi va cere acestuia să evalueze pe o scală gradată cât de mult crede în aceste gânduri negative în timpul expunerii şi după încheierea acesteia.

În cele ce urmează, prezentăm un model de dialog terapeutic realizat cu o pacientă agorafobică în timpul unei sarcini de expunere pentru a identifica gândurile negative automate.

Maria, o studentă în vârstă de 20 de ani, suferind de agorafobie, nu reuşeşte să identifice în cabinetul de terapie gândurile care îi vin în minte atunci când se simte speriată. În această, situaţie terapeutul se decide să o expună în plan real la o situaţie anxiogenă.

Terapeutul: Te-aş ruga să te plimbi singură prin acest magazin timp de cinci minute şi apoi să te întorci la mine şi să-mi spui ce ai simţit.

Maria: Mă simt deja foarte înspăimântată. Nu cred că voi fi în stare să fac ceea ce-mi cereţi.

T: Cum se manifestă teama ta?

M: Simt că nu mai am aer şi că îmi tremură picioarele.

T: Ce gânduri îţi trec prin minte?

M: Nu-mi trece nici un gând. Mi-e frică şi atât.

T: Poţi totuşi să te plimbi puţin singură?

M: Am să încerc.

T: Ce simţi acum?

M: Sunt foarte nervoasă şi încordată. Mă simt tare rău.

T: Crezi că se va întâmpla ceva rău dacă simptomele se vor înrăutăţi?

M: Mi se pare că sunt caraghioasă pentru că mă simt astfel.

T: Atunci când afirmi că te simţi caraghioasă vrei să spui că vei apărea drept caraghioasă în ochii celorlalţi?

M: Ceilalţi îşi vor da seama că este ceva în neregulă cu mine.

T: Care ar fi cel mai rău lucru pe care l-ar putea observa?

M: Ei ar putea remarca faptul că merg într-un mod curios.

T: Ce înseamnă pentru tine faptul că mergi într-un fel curios?

M: Ei bine, ceilalţi ar putea remarca faptul că mă împiedic şi ar crede că sunt beată sau drogată.

T: Cu alte cuvinte, unul dintre gândurile care te sperie ar fi că vei merge într-un fel ciudat şi oamenii vor crede că eşti beată sau drogată. Cât de mult crezi că acest lucru s-ar putea întâmpla chiar acum?

M: După modul în care mă simt, cred că ar fi posibil să se întâmple.

T: Apreciază pe o scală de la 0 la 100 cât de mult crezi că lucrul de care te temi să va întâmpla chiar acum.

M: Cred în proporţie de 80%.

T: Bine. Plimbă-te acum singură şi să vedem ce se va întâmpla.

În acest caz este vorba despre gânduri legate de evaluările negative ale celorlalţi. Sarcinile de expunere sunt utile şi pentru a evidenţia comportamentele subtile de asigurare, comportamente care o dată puse în funcţiune împiedică procesul de infirmare a gândurilor negative automate.

Jocurile de rol

Jocurile de rol reprezintă exerciţii de expunere utilizate în cazul anxietăţii sociale şi au avantajul că variabilele pot fi controlate de către terapeut mai uşor decât în situaţiile reale.

În timpul jocurilor de rol pacientul va fi invitat să semnaleze nivelul anxietăţii şi, în cazul în care aceasta creşte, se opreşte exerciţiul şi se poartă discuţii referitoare la gândurile automate negative.

Aşa cum am mai subliniat, terapeutul va manipula scenariul jocului de rol pentru a declanşa stări emoţionale pacientului.

De exemplu, el poate să se adreseze pacientului pe un ton cald, rece, critic sau îi poate adresa o serie de întrebări cu caracter personal.

Administrarea de feedback-uri audio-vizuale

Se realizează prin intermediul înregistrărilor făcute în timpul şedinţelor de psihotrapie. Aceste înregistrări vor fi vizionate împreună cu pacientul şi, în momentul în care pacientul prezintă semnele unei stări afective negative, caseta se opreşte şi se discută pe tema respectivă pentru a surprinde conţinutul gândurilor negative automate, care, la rândul lor, vor fi înregistrate.

Avantajul acestei metode constă în aceea că ea permite o anumită detaşare a individului de situaţia anxiogenă şi se dovedeşte utilă mai ales atunci când stările afective trăite de pacient sunt prea intense.

Înregistrările audiovizuale se utilizează şi în cazurile de anxietate socială legată de aspectul fizic şi de performanţele realizate în public.

Manipularea comportamentelor de asigurare

Specialiştii în psihoterapie cognitivă consideră că subiecţii utilizează comportamentele de asigurare pentru a preîntâmpina producerea aşa-ziselor pericole de care se tem. Rezultă, în mod logic, că dacă se vor elimina aceste comportamente de asigurare în timpul sarcinilor de expunere la situaţii anxiogene, anxietatea şi gândurile negative legate de pericolele posibile se vor amplifica. Unui pacient obsesiv i s-a cerut să nu-şi mai controleze gândurile atunci când acestea se manifestă. Răspunsul lui a fost că dacă nu-şi va mai controla gândurile, îşi va pierde controlul.

Terapeutul a dedus că gândurile negative automate ale acestui pacient sunt legate de teama de pierdere a controlului fizic şi mental.

Tehnica inducerii simptomelor

Reprezintă o variantă de expunere: persoana este expusă la propriile sale simptome psihice sau somatice.

Unul dintre pacienţii noştri, Paul, suferind de nevroză obsesivă, nu putea să-şi exprime în timpul psihoterapiei gândurile negative automate legate de obsesiile sale.

Temerile sale au devenit mai evidente atunci când terapeutul i-a cerut să se concentreze în mod deliberat asupra gândurilor şi imaginilor care îl obsedau. Pacientul a refuzat să realizeze acest lucru, moment în care terapeutul l-a întrebat care ar fi cel mai rău lucru ce s-ar putea întâmpla dacă el va face ceea ce i se cere. În acel moment au apărut, în mod evident, gânduri negative legate de faptul că pacientul ar putea face rău familiei sale prin intermediul obsesiilor sale.

În cazul atacurilor de panică şi al tulburărilor hipocondriace se utilizează în mod frecvent şi metoda hiperventilaţiei, prin intermediul căreia se declanşează pacienţilor simptome fiziologice asemănătoare celor care apar în cursul tulburărilor anxioase.

Există şi situaţii când terapeutul are dificultăţi să acceseze gândurile negative automate ale pacientului sub forma unor exprimări verbale; în acest caz, terapeutul va solicita pacientului să-şi prezinte evaluările negative sub formă de imagini, deducând, pe baza acestora, conţinutul gândurilor negative. De asemenea, imaginile unor posibile catastrofe pot fi manipulate de către terapeut pentru a declanşa reacţii de comutare emoţională, precum şi o serie de evaluări negative.

Strategii cognitive de reatribuire

Psihoterapia cognitivă îşi propune nu numai identificarea, ci şi modificarea gândurilor automate şi schemelor cognitive cu conţinut negativ. In acest scop se utilizează strategiile de reatribuire, care reprezintă combinaţii între mai multe tehnici de restructurare cognitivă.

Wells (1999) face distincţia între tehnicile de reatribuire verbale şi cele realizate în plan comportamental.

Tehnicile de reatribuire verbale se bazează pe discuţii purtate cu pacientul şi se centrează în jurul metodei dialogului socratic.

Autorul prezintă câteva astfel de tehnici.

Definirea şi operaţionalizarea termenilor. Primul pas ce trebuie realizat înainte de a adresa întrebări cu caracter provocativ gândurilor negative automate constă în definirea exactă a conceptelor cu care operează pacientul. Astfel, dacă un subiect afirmă că îşi va pierde controlul, terapeutul va trebui să afle ce anume înseamnă acest lucru pentru el (este vorba de controlul asupra organismului, de controlul emoţional, de ambele, de consecinţele acestora etc.).

Întrebările utile pentru a realiza aceste precizări ar fi următoarele:

• Ce înţelegi prin aceasta? (că îţi vei pierde controlul, că nu vei putea face faţă, că nu vei putea suporta etc.).

• Dacă nu vei putea face faţă, care va fi cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla?

• Ce înseamnă pentru tine că nu vei putea face faţă?

• Dacă acest lucru ar fi adevărat, ce ar însemna pentru tine?

• Dacă acest lucru ar fi adevărat, de ce ar fi atât de rău?

• Dacă ai putea face faţă, în ce măsură situaţia ar fi diferită de cea de acum? etc.

Verificarea dovezilor. Constă în adresarea de întrebări în legătură cu veridicitatea gândurilor negative. Pacientul va fi ghidat în direcţia reinterpretării dovezilor în favoarea gândurilor negative, acesta ajungând să se convingă de faptul că nu are suficiente argumente pentru a crede în ele.

Terapeutul va adresa întrebări de tipul următor:

• Care este dovada că dezastrul la care te aştepţi se va peterece?

• Ce anume te face să crezi aceasta?

• De unde ştii că acel lucru se va întâmpla? etc.

Se constată faptul că, în absenţa dovezilor, gândurile şi convingerile negative au tendinţa de a-şi reduce forţa de acţiune.

Trecerea în revistă a contraargumentelor.

Întrebările specifice adresate de către terapeut sunt:

• Ce alt mod de a privi problema mai întrevezi?

• S-a întâmplat deja catastrofa? De ce nu s-a întâmplat?

• Care ar fi dovezile că dezastrul nu va avea loc?

• Ce argumente puteţi aduce în favoarea celuilalt mod de a privi problema?

Wells (1999) propune utilizarea unui set de întrebări menite să-l determine pe pacient să-şi echilibreze modul catastrofic de gândire. Acesta va fi solicitat mai întâi să descrie cel mai rău lucru care s-ar putea petrece, apoi cea mai bună

alternativă, dialogul încheindu-se cu un accent pe ceea ce este mai probabil să se petreacă.

Prezentăm, în cele ce urmează, un dialog purtat de terapeut cu un subiect cu fobie socială (după Wells, 1999):

T: Atunci când afirmi că te vei purta „nebuneşte", ce înţelegi prin aceasta?

P: Că oamenii vor gândi că sunt „nebun".

T: Ce îi determină pe ceilalţi să gândească aşa?

P: Voi face ceva deplasat şi voi atrage atenţia asupra mea.

T: Ce anume vei face?

P: Nu-mi voi găsi cuvintele şi nu voi şti ce să spun.

T: Aşadar, gândurile tale negative se referă la faptul că nu-ţi vei găsi cuvintele şi ceilalţi vor crede că eşti nebun?

P: Nu aş dori ca ei să creadă acest lucru.

T: Ce dovezi ai că se va petrece aşa ceva?

P: Mi s-a mai întâmplat aşa ceva atunci când m-am simţit speriat. Mintea mi s-a golit şi nu am mai ştiu ce să spun.

T: Este adevărat că poţi avea uneori senzaţia că ţi se goleşte mintea, dar ce te face să crezi că ceilalţi te vor considera nebun?

P: Ei bine, nu ştiu sigur.

T: Cum s-ar purta oamenii cu tine dacă ar crede că eşti nebun?

P: Presupun că nu ar vorbi cu mine şi că şi-ar bate joc de mine.

T: Ai vreo dovadă că ceilalţi fac acest lucru?

P: Nu. Poate unii oameni, dar marea majoritate nu se comportă aşa.

T: Se pare că există unele dovezi că oamenii nu te consideră nebun?

P: Da, dacă privim lucrurile din această perspectivă.

T: Care sunt dovezile că oamenii nu te consideră nebun?

P: Am mai mulţi prieteni buni şi am relaţii bune cu colegii de serviciu.

T: Ce înţelegi prin relaţii bune cu colegii de serviciu?

P: Mulţi dintre ei îmi cer sfatul la lucrările pe care le fac.

T: Reprezintă aceasta o dovadă a faptului că te consideră nebun?

P: Nu, dimpotrivă.

T: Se pare că uneori nu ştii ce să spui atunci când eşti anxios, dar se pare că oamenii nu te consideră nebun. Dacă ei nu cred că eşti nebun, atunci ce anume cred?

P: Probabil că nici nu bagă de seamă faptul că nu spun nimic.

T: Chiar dacă ar observa acest lucru, ce ar putea gândi?

P: Ei ar putea crede că sunt tăcut sau că stau pe gânduri.

T: După cele discutate, cât de mult mai crezi în ideea că oamenii te vor considera nebun?

Identificarea distorsionărilor cognitive

Se referă la descoperirea erorilor de logică, erori ce stau la baza modului distorsionat de gândire.

Bums (1989) propune utilizarea tehnicii celor trei coloane în cadrul căreia pacienții sunt solicitați să noteze în prima coloană gândurile negative, în a doua coloană tipul de distorsionare cognitivă (gândire de genul „alb-negru“, personalizare, catastrofizare etc.), iar în a treia coloană să substituie fiecărui gând negativ câte un gând mai rațional.

Pacientul va evalua pe o scală de la 0 la 100 cât de mult crede în adevărul gândului negativ automat, precum și în cel alternativ, mai rațional.

În final, se apreciază și cât de mult mai crede acesta în gândul automat negativ inițial.

Identificarea distorsionaților cognitive

Gânduri negative automate	Gânduri realiste alternative	Cât de mult mai credeți în adevărul gândului negativ inițial?
0 – 100	0 – 100	0 – 100

Această tehnică se utilizează pentru combaterea gândurilor negative automate, deoarece îi ajută pe pacienți să sesizeze erorile de logică din propria lor gândire și apoi să renunțe la acestea. Se lucrează, la început, în timpul ședinței de psihoterapie și, ulterior, individual, în timpul realizării sarcinilor pentru acasă.

Terapeutul trebuie să fie atent ca răspunsurile raționale alternative să nu se transforme, în anumite cazuri, în comportamente de asigurare. Pacienții care se tem de gândurile obsesive intruzive pot considera, în mod eronat, că a le controla prin înlocuirea lor cu gânduri raționale alternative poate opri producerea catastrofei de care se tem. Dacă acest fenomen se produce, va fi blocat accesul pacientului la modificarea mai profundă care trebuie să aibă loc la nivelul convingerilor și credințelor disfuncționale ce stau la baza apariției gândurilor negative.

Analiza costurilor și beneficiilor

Această analiză are în vedere avantajele și dezavantajele menținerii stilului negativ de gândire. Terapeutul împreună cu pacientul vor selecta o situație în care se manifestă un mod negativ de gândire.

În continuare, se împarte o foaie în două coloane; în prima coloană se trec avantajele menținerii gândului negativ, iar în cea de-a doua dezavantejele.

Terapeutul va lucra apoi împreună cu pacientul asupra avantajelor pe care le identifică acesta pentru menținerea gândurilor negative care stau la baza comportamentului disfuncțional. Cognițiile de acest tip vor fi combătute, fapt ce va crește complianța pacientului față de tratament.

O pacientă cu tulburare anxioasă generalizată nu s-a dovedit cooperantă în realizarea unor experimente terapeutice în cadrul cărora să înceteze să se mai îngrijoreze, deoarece îngrijorările aveau conotație pozitivă. Pentru ea, avantajele acestor îngrijorări constau în aceea că ea credea că dacă își va face griji în legătură cu sănătatea copiilor ei aceştia nu se vor îmbolnăvi şi, în acelaşi timp, a se îngrijora însemna pentru ea că este o mamă bună.

Într-o etapă ulterioară, terapeutul şi pacientul se vor concentra asupra dezavantejelor menținerii gândului disfuncțional, cei doi străduindu-se să genereze un număr cât mai mare de dezavantaje.

Se va evalua apoi numeric fiecare avantaj şi dezavantaj şi se va compara cifra totală care reflectă avantajele cu cea care reflectă dezavantajele. Atunci când cifra care reprezintă rezultatul evaluării dezavantajelor o depăşeşte pe cea a avantajelor, pacientul devine mai motivat să se modifice. Terapeutul va explora împreună cu pacientul şi alte modalități, mai puțin disfuncționale, de a obține avantajele dorite.

Descoperirea unor cauze alternative pentru diverse evenimente

Constă în identificarea situației problematice şi a evaluării pe care o realizează pacientul în legătură cu cauzele acesteia. Terapeutul îl va ghida apoi pe pacient să găsească şi alte explicații posibile pentru situația respectivă. Astfel, de exemplu, un subiect hipocondriac considera că durerea sa de cap reprezintă simptomul unei tumori cerebrale; în urma discuțiilor cu terapeutul, pacientul va ajunge la concluzia că o durere de cap se poate datora şi altor cauze, cum ar fi o gripă, o stare de anxietate, un proces de deshidratare, o migrenă, o supraîncordare musculară, o afecțiune oftalmologică şi, în ultimul rând, o tumoră cerebrală.

Se realizează apoi o diagramă circulară în cadrul căreia se alocă sectoare de cerc ce vor exprima probabilitatea ca una dintre cauze să stea la baza situației aflate în discuție.

Terapeutul va începe cu explicațiile cele mai benigne şi va lăsa pe ultimul loc explicația catastrofizantă a pacientului.

Prezentăm mai jos diagrama realizată pentru un pacient cu fobie socială, care nutreşte gândul negativ: „şeful meu consideră că sunt un prost!" (Wells, 1999).

Terapeutul: Ce anume te determină să crezi aceasta?

Pacientul: Şeful a părut agasat atunci când i-am cerut o adresă.

T: Se comportă el de obicei în felul acesta?

P: Nu, de regulă lucrăm bine împreună.

T: Cât de mult crezi în faptul că modul lui de a se purta cu tine reflectă ideea că te consideră un prost?

P: Ar fi trebuit să ştiu unde să găsesc adresa respectivă.

T: Aş dori să trecem în revistă şi alte motive pentru care şeful tău ar putea fi supărat.

P: Pentru că nu mă agreează.

T: Crezi că acest lucru este adevărat?

P: Nu prea cred.

T: Poţi să mai găseşti şi alte motive?

P: Poate că şeful a avut o zi proastă!

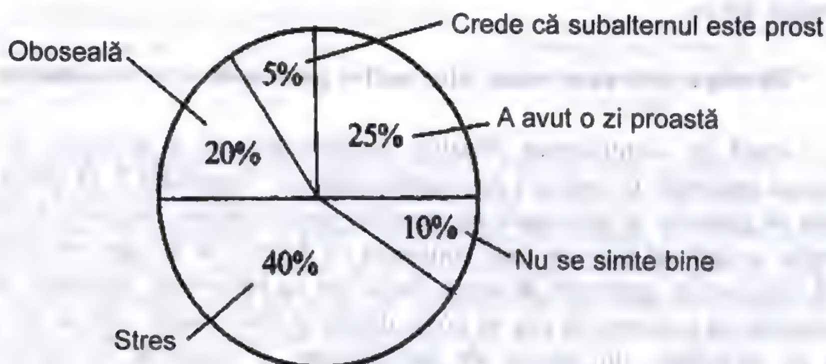
T: Acest lucru pare plauzibil. Mai există şi alte explicaţii?

P: Este posibil ca el să nu se simtă bine.

T: Da, posibil. Te-ai mai gândit la altceva?

P: Probabil că este stresat etc.

În cele din urmă va rezulta diagrama cauzelor posibile pentru care şeful s-a purtat mai rece cu subalternul său.



Metoda informării

Pacientului îi sunt furnizate anumite informaţii menite să corecteze gândurile, convingerile şi schemele cognitive negative.

Aceste informaţii sunt utile mai ales atunci când pacienţii suferă de anxietate legată de interpretarea eronată a unor simptome somatice. De pildă, se pot furniza date ştiinţifice legate de mecanismele tensiunii arteriale, ale actului respirator sau ale efectelor hiperventilaţiei.

Contraargumentarea în cadrul jocului de rol

Terapeutul şi pacientul vor prezenta pe rând gândurile negative automate şi contraargumentele aduse împotriva acestora.

Terapeutul va începe cu prezentarea gândurilor negative ale pacientului, iar acesta din urmă va fi solicitat să aducă argumente împotriva acestora; în cazul în care pacientul se va bloca, rolurile se vor inversa şi terapeutul va fi cel care va aduce contraargumente pentru combaterea gândurilor negative automate.

Ambii parteneri de dialog vor utiliza afirmaţii realizate la persoana întâia („Eu consider că...“).

Tehnica manipulării imaginilor

Gândurile negative automate pot fi exprimate atât în plan verbal, cât şi în plan imaginativ.

În cazul tulburărilor anxioase, subiecţii dezvoltă frecvent imagini legate de dezastre posibile, imagini care sunt, de cele mai multe ori, stopate de către subiect înainte de a atinge punctul culminant, deoarece acestea sunt prea anxiogene.

Terapeutul va explora semnificaţia acestor imagini pentru pacient, care le consideră adesea periculoase, ca reprezentând semnele pierderii autocontrolului sau ale unei boli psihice.

Gândurile negative automate legate de aceste imagini trebuie scoase la iveală şi apoi combătute prin tehnicile contraargumentării. În continuare, pacientul este solicitat să ducă până la capăt imaginile respective pentru a reduce anxietatea care le acompaniază.

Prezentăm mai jos un dialog purtat cu Elena, o farmacistă de 42 de ani, care se spăla în mod compulsiv pe mâini de 10-20 de ori pe zi pentru că se teama de faptul că va lua microbi, se va îmbolnăvi şi va muri.

Pacienta prezenta un fragment de imagine obsesivă că a decedat şi că va fi prizonieră în propriul corp, dar se temea să ducă imaginea până la capăt.

Terapeutul: Te rog să închizi ochii şi să formezi imaginea care te sperie pe ecranul tău mental. Atunci când ai reuşit acest lucru, ridică degetul arătător drept.

Pacienta reacţionează.

Terapeutul: Te rog să-mi descrii imaginea respectivă.

Elena: Da. Am murit şi este întuneric în jurul meu.

T: Unde te afli acuma?

E: Sunt în sicriu pentru că am fost îngropată deja.

T: Ce se întâmplă în continuare?

E: Nimic. Mă simt prinsă într-o capcană.

T: Aş dori să-ţi imaginezi acum că au trecut câteva săptămâni, apoi câteva luni... Ce ţi se întâmplă acum?

E: Nimic, trupul meu începe să se descompună.

T: Derulează imaginea în continuare, gândindu-te că au mai trecut câteva luni, poate chiar ani, şi că trupul tău s-a descompus şi mai mult. Ce simţi acum?

E: Mă simt eliberată pentru că nu mai sunt prinsă în capcana propriului meu trup, care nici nu mai există.

T: Menţine imaginea care te face să te simţi liberă. Cum este acum?

E: Mă simt mult mai bine. Nu mă voi lăsa niciodată prinsă în capcane false.

Psihoterapeutul poate solicita pacientului să menţină imaginea anxiogenă sau s-o modifice sub aspectul formei şi conţinutului.

În unele cazuri, după confruntarea cu imaginea negativă, aceasta poate fi înlocuită cu o imagine mai realistă.

Antrenamentul mental

Terapeutul îl va înarma pe pacient cu o serie de strategii de a face faţă diverselor situaţii dificile, strategii ale căror planuri de lucru vor fi elaborate în detaliu. Strategiile vor fi exersate la început în plan mental, în stare de relaxare sau hipnoză, şi abia ulterior vor fi puse în practică în plan real.

Strategii de reatribuire în plan comportamental

Strategiile comportamentale oferă cel mai propice cadru pentru realizarea modificărilor în plan cognitiv.

În majoritatea variantelor eclectice de terapie cognitiv-comportamentală, tehnicile comportamentale sunt preluate ca atare, fără modificări.

Wells (1999) nu este de acord cu o astfel de abordare, autorul fiind de părere că tehnicile comportamentale sunt utile doar în măsura în care contribuie la modificarea variabilelor care menţin tulburările anxioase.

Astfel, dacă se utilizează relaxarea doar pentru a linişti subiectul şi pentru a rezolva temerile legate de anumite gânduri negative specifice, fără a se aborda convingerile şi schemele cognitive funcţionale de bază, obiectivul terapiei nu va fi atins pentru că restructurarea mentală nu va putea avea loc. Mai mult, subiectul va considera că anxietatea este controlabilă, dar convingerea primară că anxietatea este periculoasă nu va putea fi modificată. În felul acesta, relaxarea sau distragerea se pot transforma din tehnici de terapie a anxietăţii în comportamente de asigurare. Acest lucru nu înseamnă însă că nu se pot utiliza tehnicile de relaxare în tratamentul tulburărilor anxioase, cu condiţia ca demersul terapeutic să nu se oprească aici, ci să atingă esenţa modului negativ de gândire al pacientului.

Tehnica expunerii

Psihoterapia cognitivă a anxietăţii utilizează două tipuri de expunere: expunerea la stimuli anxiogeni de natură externă şi de natură internă.

Expunerea poate fi utilizată nu numai în scop terapeutic, ci şi în scop de evaluare, pentru a evidenţia gândurile negative automate, gânduri mai greu de exprimat de către unii subiecţi (Wells, 1999).

Marea majoritatea a autorilor utilizează tehnica expunerii împreună cu alte tehnici de combatere a gândurilor negative şi acest lucru se realizează sub forma experimentelor în sfera comportamentală, al căror scop final este modificarea schemelor cognitive de bază.

Experimentele în sfera comportamentală îşi propun să-l familiarizeze pe pacient cu conceptele terapiei cognitive prin intermediul demonstrării modului în care funcţionează schemele cognitive disfuncţionale.

Terapeutul poarte modifica unele comportamente de asigurare, pacientul fiind instruit să observe modul în care variază şi senzaţiile fiziologice. Astfel, în cazul subiecţilor cu atacuri de panică, terapeutul le poate cere să-şi concentreze atenţia asupra unei anumite zone a corpului pentru a demonstra efectele gândurilor asupra percepţiei anumitor simptome.

Un alt tip de experiment în sfera comportamentală este lectura în faţa subiectului a unor liste de perechi de cuvinte care se referă la diverse dezastre (durere în piept – atac de cord; ameţeli – leşin; dificultăţi de respiraţie – sufocare; senzaţie de irealitate – nebunie; palpitaţii – moarte), terapeutul urmărind efectul acestei lecturi asupra anxietăţii degajate de pacient.

Experimentele în sfera comportamentală se utilizează şi pentru a verifica veridicitatea gândurilor şi convingerilor negative prin strângerea de dovezi care să conducă la infirmarea lor.

Un alt rol pe care îl joacă experimentele în sfera comportamentală constă în demonstrarea, pentru subiect, a unor posibile modificări în sfera afectivă.

De exemplu, la pacienţii depresivi se poate recomanda monitorizarea riguroasă a activităţilor pentru a-i convinge că abaterea atenţiei de la gândurile negative le poate ameliora dispoziţia.

Experimentele de infirmare a gândurilor şi convingerilor negative

Aceste experimente urmăresc să infirme predicţiile pacientului legate de diverse pericole în plan fizic, social sau psihologic.

Se utilizează tehnica expunerii la stimuli anxiogeni, combinată cu diverse procedee care să conducă la infirmarea gândurilor şi convingerilor negative.

O categorie aparte a acestor tehnici o constituie culegerea unor date pe bază de observaţie directă sau pe bază de interviu. Astfel, un pacient hipocondriac care consideră că oscilaţiile ritmului cardiac reprezintă semnele unei boli grave, a fost instruit să intervieveze zece persoane cunoscute cu privire la modificările cardiace pe care le prezintă. Rezultatul a fost că cinci din cele zece persoane au relatat că au

frecvent modificări ale ritmului cardiac. Această „descoperire" a condus la reducerea convingerii sale disfuncționale.

Experimentele propriu-zise, care au drept scop infirmarea gândurilor și convingerilor negative, implică mai multe etape (Wells, 1999):

1. Concentrarea atenției asupra unor gânduri „cheie" și discutarea împreună cu pacientul a motivelor care îl determină să creadă în acestea, pentru ca terapeutul să poată afla ce variabile trebuie manipulate în cursul experimentului.

2. Identificarea situațiilor care provoacă anxietate, precum și a comportamentelor sau variabilelor care împiedică infirmarea convingerii negative (comportamente de evitare, fugă din situație sau comportamente de verificare).

3. Elaborarea unui set cognitiv propice schimbării atitudinale prin intermediul explicării rațiunilor pentru care se realizează experimentul terapeutic. (Terapeutul îi va explica pacientului modul în care anumite comportamente nu fac decât să mențină simptomul, precum și necesitatea modificării acestora pentru a verifica cum anume variază anxietatea.)

4. Expunerea pacientului la situațiile sau stimulii anxiogeni și dirijarea acesteia astfel încât să se infirme gândul sau convingerea că se va produce o catastrofă.

În cazul în care stimulul anxiogen este o senzație corporală, expunerea va însemna provocarea deliberată a acelei senzații de care se teme subiectul.

5. Discutarea împreună cu pacientul a rezultatelor experimentului în termenii terapiei cognitive și instruirea acestuia să realizeze experimente care să vizeze și alte gânduri negative, atât în timpul ședințelor de psihoterapie, cât și în cursul realizării temelor pentru acasă.

Terapeutul îi va cere pacientului să evalueze pe o scală de la 0 la 100 cât de mult crede în gândul negativ asupra căruia s-a lucrat și acest lucru se va realiza atât la începutul, cât și la sfârșitul ședinței de psihoterapie în cadrul căreia a avut loc experimentul.

În cazul în care gândul sau convingerea negativă se menține, terapeutul va explora motivele pentru care se petrece acest lucru și va iniția noi experimente în sfera comportamentală, până la reducerea cvasitotală a credibilității acestora.

Tehnici de modificare a schemelor cognitive

Demersurile terapeutice inițiale se centrează mai ales asupra abordării gândurilor negative automate, urmând ca mai târziu să fie atacate convingerile și supozițiile disfuncționale care stau la baza apariției și menținerii simptomelor.

Wells (1999) prezintă câteva exemple de convingeri și supoziții disfuncționale specifice pacienților cu tulburări anxioase.

Tulburarea	*Supoziţia disfuncţională*	*Convingerea negativă*
Fobie socială	Dacă nu găsesc ceva de spus, ceilalţi vor crede că sunt plicticos. Dacă voi tremura, oamenii vor observa şi vor crede că e ceva în neregulă cu mine.	Sunt plictisitor/neintegrat. Sunt diferit de ceilalţi. Nu mă pot adapta.
Anxietate generalizată	Dacă îmi voi face griji, voi fi capabil să fac faţă. Trebuie să-mi controlez îngrijorările sau voi înceta să acţionez cum trebuie.	Îngrijorările mă ajută să mă descurc. Nu pot face faţă situaţiilor, îngrijorările mele sunt incontrolabile (îmi voi pierde minţile).
Panică	Dacă fac un atac de panică, respiraţia mea se va opri. Dacă sufăr de atacuri de panică, înseamnă că am un psihic slab.	Sunt vulnerabil. (Anxietatea este ceva periculos.) Am un psihic slab. (S-a defectat ceva în psihicul meu.)
Tulburare obsesiv-compulsivă	Dacă nu fac mereu verificări, nu mă voi putea relaxa. Dacă cred că am rănit pe cineva, probabil că am rănit persoana respectivă.	Stările mele afective mă depăşesc. Gândurile mele rele sunt adevărate.
Tulburare hipocondriacă	Dacă am simptome fizice neaşteptate, înseamnă că am o boală somatică gravă. Dacă mă voi îmbolnăvi, înseamnă că sunt o persoană lipsită de valoare.	Voi fi pedepsit prin intermediul bolii. Merit ceea ce mi se întâmplă.

Conţinutul schemelor cognitive poate fi evidenţiat prin intermediul unor chestionare, cum ar fi: Chestionarul pentru scheme cognitive (Young, 1990), Scala de atitudini disfuncţionale (Weissman şi Beck, 1978), Chestionarul de metacogniţii (Cart-Wright, Hatton şi Wells, 1997).

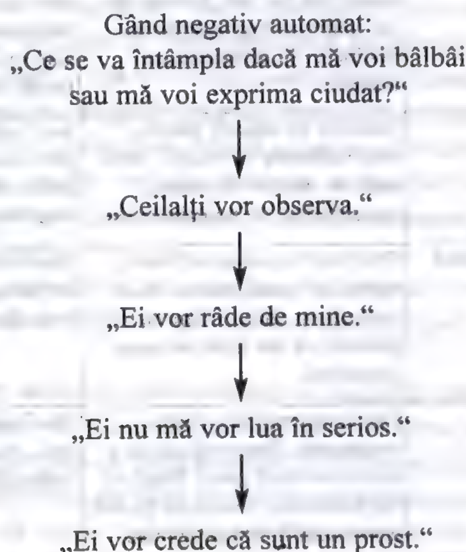
O altă metodă de evidenţiere a conţinutului schemelor cognitive o reprezintă analiza conţinutului gândurilor negative automate ale pacientului. Dacă gândurile negative automate se referă la evaluări negative în plan social, ca în cazul fobiei sociale, schemele cognitive vor cuprinde reguli referitoare la performanţele sociale, supoziţii condiţionale referitoare la implicaţiile sociale ale anumitor evenimente sau convingeri disfuncţionale referitoare la funcţionarea socială a ego-ului.

În cazul în care gândurile negative se centrează în jurul interpretării catastrofice a unor senzaţii fiziologice (la pacienţii hipocondriaci), supoziţiile şi convingerile se vor referi la semnificaţia unor simptome psihice sau somatice.

O modalitatea foarte eficientă de evidenţiere a conţinutului schemelor cognitive disfuncţionale este metoda „săgeţii verticale" a lui Burns (1980) şi constă în adresarea unui şir de întrebări până când se ajunge la convingerile bazale.

Întrebările adresate sunt de tipul următor: „Dacă acel lucru se va întâmpla, ce va însemna aceasta pentru tine?“ sau „Dacă acest lucru ar fi adevărat, de ce ar fi atât de rău?“.

Prezentăm un model de utilizare a acestei tehnici în cazul lui Horaţiu, student la drept şi care suferă de fobie socială. Gândul automat este următorul: „Ce va fi dacă mă voi bâlbâi sau voi vorbi ciudat?“



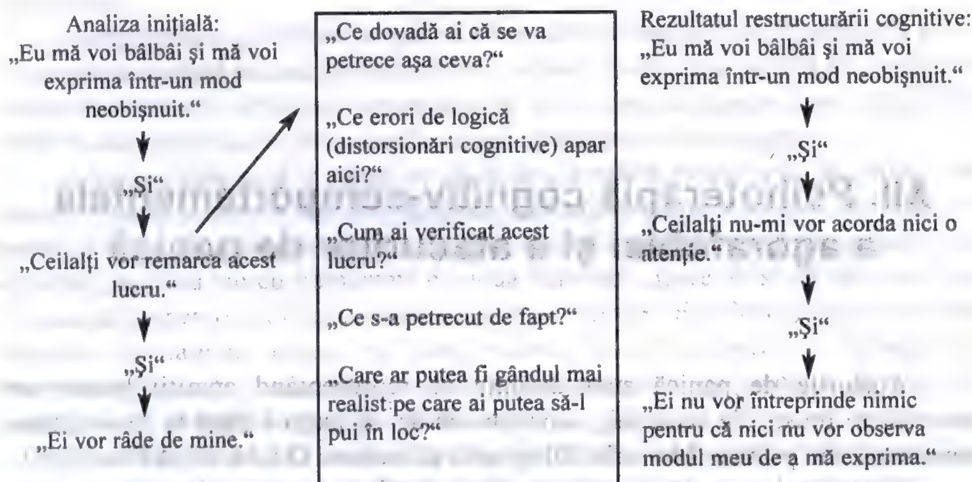
Supoziţie: „Dacă mă bâlbâi sau mă expirm ciudat şi ceilalţi vor crede că sunt un prost, înseamnă că sunt un prost.“

Convingere: „Eu sunt un prost.“

Regulă (ipoteză): „Trebuie să articulez totdeauna perfect.“

O dată ce terapeutul şi pacientul au ajuns la capătul demersului cognitiv realizat prin intermediul seriei de întrebări, conţinutul dominant identificat trebuie reformulat în aşa fel încât să rezulte supoziţii, convingeri şi reguli după care să se conducă pacientul. Tehnica terapiei cognitive de contraargumentare se va aplica şi acestora din urmă. Una dintre cele mai utilizate strategii constă în restructurarea demersului „săgeţii verticale“. Terapeutul va desena „săgeata verticală“, va nota afirmaţiile pacientului şi apoi va aplica metodele de reatribuire pentru a infirma legăturile existente între fiecare nivel al analizei cognitive realizate; în continuare pacientul va fi ghidat să genereze gânduri alternative mai realiste.

Restructurarea cognitivă în cadrul procesului „săgeţii verticale"
(adaptat după Wells, 1999)



Înainte de a ataca nivelul schemelor cognitive disfuncţionale, terapeutul va trebui să ofere pacientului explicaţii în legătură cu modul de funcţionare a acestora.

Instructajul administrat poate fi cel de tipul următor (Wells, 1999):

„Supoziţiile şi convingerile influenţează modul în care interpretaţi diverse evenimente şi acest lucru vă va influenţa, la rândul său, starea afectivă şi comportamentul. Unele convingeri reprezintă rodul unor experimente timpurii, în timp ce altele se formează mai târziu, de-a lungul vieţii, în urma confruntării cu anumite situaţii anxiogene. Pentru a înţelege modul în care a apărut vulnerabilitatea la aceste situaţii, cât şi pentru a o reduce, este util să identificăm aceste supoziţii şi convingeri şi apoi să le modificăm; în termenii terapiei pe care o realizăm împreună, aceste convingeri şi supoziţii poartă numele de „scheme cognitive de bază".

XII. Psihoterapia cognitiv-comportamentală a agorafobiei şi a atacurilor de panică

Atacurile de panică sunt definite ca reprezentând apariţii bruşte sau intensificări bruşte ale anxietăţii, acompaniate de cel puţin 4 până la 13 simptome somatice şi/sau psihice (Manualul Diagnostic şi Statistic D.S.M. IV, A.P.A. 1994).

Simptomele somatice mai frecvent întâlnite sunt: palpitaţii, ameţeli, transpiraţii abundente, senzaţie de sufocare, dificultăţi în respiraţie, tremor şi senzaţie de derealizare, iar simptomele psihice se referă mai ales la teama subiectului că va muri, că va face un atac de cord sau un atac cerebral, că se va sufoca, va leşina sau va muri.

Există şi situaţii în care se manifestă mai puţin de 4 simptome şi, în acest caz, avem de-a face cu atacuri cu simptome limitate (Wells, 1999).

Observaţiile clinice au evidenţiat atacuri care apar în anumite situaţii, în timp ce altele au un caracter spontan, declanşându-se din senin.

Pentru a putea diagnostica tulburarea de tip atac de panică în conformitate cu criteriile D.S.M. IV (A.P.A. 1994) este necesar ca subiectul să fi suferit cel puţin două atacuri de panică recurente şi neaşteptate, urmate de o perioadă de aproximativ o lună în care acesta să-şi fi făcut griji permanente în legătură cu posibilitatea apariţiei unui nou atac sau în care s-au produs modificări evidente în sfera comportamentală legate de apariţia atacurilor respective.

În terapia atacurilor de panică este necesar să se aibă în vedere şi excluderea unor factori organici, care se referă la consumul de cofeină sau amfetamine, stări de intoxicaţie sau hipertiroidie.

Subliniem, de asemenea, faptul că fenomene asemănătoare cu atacul de panică pot apărea şi în cursul altor tulburări anxioase, cum ar fi fobia socială sau claustrofobia, atunci când pacientul se confruntă cu situaţiile anxiogene.

În unele cazuri, atacurile de panică se manifestă noaptea, când subiectul se trezeşte brusc din somn şi este cuprins de o stare de anxietate intensă.

Există şi o strânsă interrelaţie între agorafobie şi atacurile de panică: mulţi agorafobici prezintă şi atacuri de panică, după cum unii subiecţi cu atacuri de panică

dezvoltă un comportament de tip agorafobie evitând situaţiile în care cred că s-ar putea produce un atac de panică, fapt ce contribuie la o limitare serioasă a stilului lor de viaţă.

Agorafobia este definită, conform Manualului Diagnostic şi Statistic (D.S.M. IV) ca reprezentând anxietatea resimţită de subiect atunci când se află în locuri sau situaţii din care ar fi dificil sau jenant să iasă sau în care nu dispune de un ajutor din afară în cazul producerii unui atac de panică situaţional sau neaşteptat.

Lena, o profesoară în vârstă de 26 de ani, a suferit primul atac de panică. Ea stătea la coadă şi dintr-o dată i s-au muiat picioarele, inima a început să-i bată cu putere şi a avut o puternică senzaţie de ameţeală. Din acel moment viaţa Lenei s-a schimbat, ea fiind mereu frământată de două întrebări: „Oare mi se va face rău?" şi „Ce pot să fac pentru a evita ca situaţia să se mai repete?" Ea a început să evite toate situaţiile din care nu putea ieşi foarte repede: să călătorească cu mijloace de transport aglomerate, cu metroul, cu avionul, să meargă la spectacole şi, în cele din urmă, chiar să meargă singură pe stradă.

Datorită problemelor sale ea a trebuit să renunţe la o bursă în străinătate şi, în cele din urmă, chiar la serviciu, fapt ce a făcut-o să se simtă şi mai nefericită.

Diagnosticul pus de psihiatru în acest caz este cel de agorafobie cu atacuri de panică şi se caracterizează prin frica invalidantă pe care o simte subiectul ori de câte ori se află în afara casei, unde se simte în siguranţă. Frica se declanşează mai ales când aceasta se află în locuri de unde nu poate ieşi repede sau unde nu poate primi imediat un ajutor. Această frică este atât de puternică încât ia forma unui atac de panică.

Agorafobia este considerată de specialişti ca fiind cea mai răspândită şi mai invalidantă fobie (Marks, citat de Fensterheim şi Baer, 1977).

Fensterheim şi Baer (1977) subliniază faptul că un pacient suferind de atacuri de panică trebuie să afle următoarele:

1. Primul atac de panică atinge intensitatea maximă. Aceasta înseamnă că subiectul nu trebuie să se aştepte că atacurile sale vor creşte în intensitate şi că el se va simţi din ce în ce mai rău. Următoarele atacuri pot să fluctueze în jurul celui de amplitudine maximă.

2. Subiectului trebuie să i se explice clar şi cu argumente că nu are o boală de inimă, o tumoră cerebrală sau epilepsie.

3. Teama cea mai teribilă a pacientului este că **va face un atac de panică.** Din acest motiv, mulţi autori au tendinţa de a înlocui termenul de agorafobie cu cel de stare anxioasă cu caracter fobic.

Agorafobicii se simt mai în siguranţă atunci când se află aproape de ieşirea dintr-o clădire (magazin, cinematograf), când există un telefon la îndemână sau când apartamentul în care locuiesc sau pe care-l vizitează se află la parter.

De asemenea, ei preferă străzile mai puţin aglomerate, mijloacele de transport cu opriri frecvente (deşi unii dintre ei nu pot călători deloc cu mijloace de transport în comun), se simt mai în siguranţă în apropierea unor unităţi sanitare, secţii de

poliţie sau locuinţei unor cunoscuţi, locuri în care ei sunt convinşi că pot primi ajutor şi sunt dependenţi de anumite persoane cărora le cer să-i însoţească pretutindeni, ceea ce creează mari dificultăţi familiei.

Aceşti pacienţi pun în acţiune mecanismele de evitare, asociind producerea atacului de panică cu situaţia în care acesta s-a produs, fapt ce are drept consecinţă evitarea respectivelor locuri sau situaţii. Deoarece atacul de panică se poate produce în multe locuri sau situaţii, subiecţii ajung să extindă din ce în ce mai mult comportamentul de evitare, unii dintre ei fiind în situaţia de a nu mai părăsi locuinţa.

4. Agorafobicii cu sau fără atacuri de panică se tem să ia medicamente pentru că acestea au efecte secundare (senzaţie de oboseală, transpiraţii etc.), iar subiecţii sunt atât de sensibili la orice senzaţie corporală încât refuză orice medicament, inclusiv aspirina. Există şi situaţia inversă, unii agorafobiei devenind dependenţi de tranchilizante şi/sau alcool.

5. Persoana suferă de dispoziţie depresivă, care poate avea originea atât în situaţia de agorafobie, situaţie ce conduce la un stil de viaţă restrictiv, cât şi în sentimentul de pierdere a autostimei. Subiectul trăieşte tensional faptul că ceilalţi oameni pot face o serie de lucruri pe care el nu le poate face.

6. Pacientul se simte epuizat, lipsit de energie, incapabil să se mobilizeze pentru a întreprinde ceva important. El elaborează planuri de viitor, la care renunţă însă foarte repede. „Nu pot să-mi planific nimic dinainte – spunea o agorafobică. Dacă mă voi simţi rău în ziua respectivă, nu mă voi duce acolo unde mi-am propus."

7. Agorafobicul se simte neînţeles de cei din jur.

O altă agorafobică relata: „soţul meu mă ajută şi are grijă de mine, dar el s-a săturat de toată situaţia asta".

De regulă, partenerul de viaţă al agorafobicului ajunge, în cele din urmă, fie să se sature sau să se enerveze din cauza solicitărilor exagerate ale pacientului, fie dezvoltă un comportament excesiv de protector faţă de acesta. Trebuie subliniat însă că, şi în acest din urmă caz, în spatele comportamentului protector se poate ascunde un resentiment mascat.

Există şi cazuri, foarte rare, când soţul obţine mari satisfacţii de pe urma dependenţei soţiei agorafobice; în momentul în care aceasta îşi ameliorează starea în urma psihoterapiei, el manifestă tendinţa de a căuta altă femeie dependentă.

8. Stilul de viaţă al subiectului devine foarte restrictiv, în sensul că nu poate merge la serviciu, la cumpărături, la teatru, la petreceri.

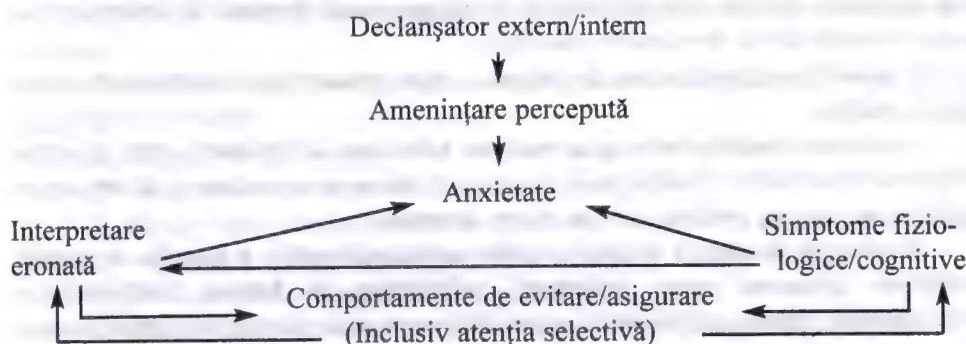
9. Mulţi agorafobici manifestă tendinţa de a-şi disimula simptomele. Aurelia, o încântătoare artistă plastică, soţie de demnitar, nu a mai ieşit din casă singură de 10 ani. Ea a pus la punct un întreg sistem de scuze şi minciuni pentru a-i face pe prieteni s-o însoţească („tocmai mi s-a stricat maşina, nu vii să mă iei?"), astfel încât nici unul dintre cunoscuţii ei nu este la curent cu problemele şi dificultăţile pe care le întâmpină.

10. Agorafobicul îşi pune în permanenţă întrebări de genul: „Ce se va întâmpla dacă fac un atac de panică?" sau „De ce mi se întâmplă aceasta tocmai mie?" etc.

Din acest motiv, psihoterapiile de profunzime, centrate pe cauzele care au produs tulburarea, sunt foarte căutate de aceşti pacienţi.

Modelul cognitiv al atacului de panică

Beck şi colaboratorii (1985) şi Clark (1986) sunt de părere că pacienţii care suferă de atacuri de panică se tem de anumite senzaţii corporale sau anumite stări psihice. Modelul cognitiv propus de Clark (1986, 1988) postulează faptul că la baza atacului de panică se află o secvenţă de evenimente care formează un cerc vicios şi care presupune interpretarea catastrofizantă a unor simptome fiziologice sau psihice, considerate ca semne ale unei catastrofe iminente. De pildă, palpitaţiile vor fi interpretate de subiect ca fiind simptomele unui atac de cord, ameţelile ca semn că subiectul va leşina, iar dificultăţile de concentrare a atenţiei ca simptome ale unui acces de nebunie.



Modelul cognitiv al atacului de panică (după Clark, 1986 şi Wells, 1999)

În cadrul acestui model, o serie de stimuli de natură internă sau externă care sunt percepuţi de subiect ca fiind ameninţători vor conduce la declanşarea anxietăţii cu simptomele fiziologice specifice acesteia. Dacă simptomele respective vor fi interpretate de subiect ca fiind semnele unui posibil dezastru, se va produce o accentuare a anxietăţii şi acesta va fi prins într-un cerc vicios, care va culmina cu atacul de panică.

O dată declanşat, acesta va fi menţinut de cel puţin trei elemente: atenţia selectivă îndreptată asupra senzaţiilor fiziologice, comportamentele de asigurare şi comportamentele de evitare (Clark, 1988, Salkovskis, 1991, Wells, 1990).

Atenţia selectivă faţă de anumite senzaţii corporale poate scădea pragul perceperii acestui tip de senzaţii, accentuând intensitatea lor subiectivă. Din acest motiv pacientul va fi mai înclinat să interpreteze în mod eronat aceste fenomene şi va intensifica acţiunile de asigurare pentru a preîntâmpina producerea aşa-ziselor

catastrofe. Aceste conduite îl vor împiedica să infirme convingerile legate de producerea evenimentelor negative de care se teme şi vor intensifica, la rândul lor, senzaţiile fiziologice anxiogene.

De exemplu, pacienţii care interpretează slăbiciunea din picioare ca pe un semn de leşin, vor avea tendinţa să se aşeze pe scaun, să se sprijine de ziduri, să se întindă pe jos sau să încordeze muşchii pentru a preveni producerea leşinului.

Efectul negativ al conduitelor de asigurare este şi mai evident la subiecţii care interpretează unele dificultăţi respiratorii ca pe un semn că se vor sufoca, încercând să-şi controleze respiraţia, aceştia vor genera simptome specifice hiperventilaţiei: ameţeli, senzaţie de disociere şi în cele din urmă o îngreunare şi mai accentuată a respiraţiei.

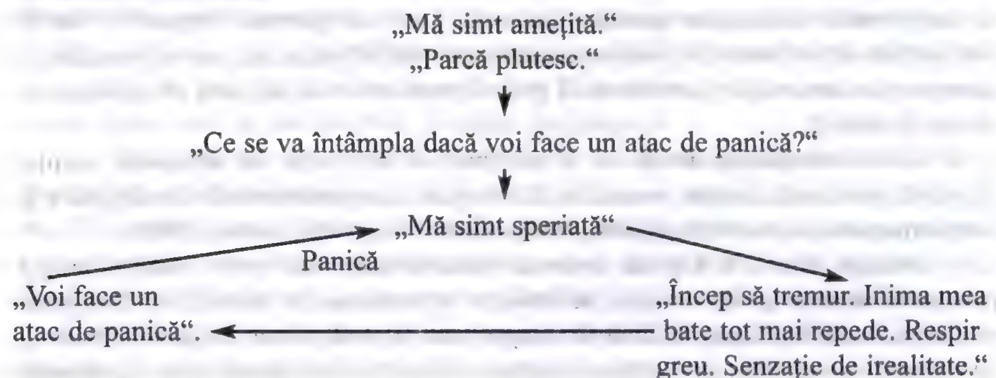
Putem afirma că aceste comportamente de asigurare menţin atacul de panică prin intermediul următoarelor mecanisme:

- împiedică infirmarea gândurilor legate de interpretările eronate ale unor senzaţii fiziologice pentru că nonapariţia catastrofei de care se teme bolnavul este pusă pe seama acestor comportamente şi nu pe seama faptului că anxietatea nu produce nici un fel de dezastru în plan fizic;
- anumite comportamente de asigurare chiar exacerbează anumite simptome fizice şi psihice;
- evitarea situaţiilor anxiogene menţine tulburarea de tip atac de panică pentru că limitează posibilităţile subiectului să trăiască starea de anxietate şi să descopere singur că aceasta nu produce nici un fel de catastrofă.

Evaluarea din cadrul terapiei cognitiv-comportamentale a atacului de panică urmăreşte obţinerea unor informaţii referitoare la natura interpretărilor catastrofizante, descrierea în detaliu a senzaţiilor corporale de care se teme subiectul, precum şi precizarea naturii comportamentelor de evitare-asigurare.

Trasarea modelului cognitiv al atacului de panică se realizează după identificarea secvenţei de evenimente care apar în cazul unui atac specific de panică de dată recentă, care va fi analizat de către terapeut împreună cu pacientul.

Prezentăm mai jos modelul atacului de panică realizat pentru Laura, ingineră în vârstă de 32 de ani:



Dialogul purtat de terapeut cu pacienta poate îmbrăca forma următoare:

Terapeutul: Când a avut loc ultimul tău atac de panică?

Laura: Ieri dimineață. Mi-a fost foarte rău.

T: Aş dori să-mi povesteşti cu lux de amănunte ce ţi s-a întâmplat. Cele petrecute îţi sunt clare în minte?

L: Cred că da.

T: A fost vorba de un atac de panică obişnuit?

L: Da, dar am avut stări şi mai rele în trecut.

T: Hai să analizăm împreună cele întâmplate. Unde te aflai şi ce făceai înainte ca atacul de panică să se producă?

L: Mă aflam la firmă şi vorbeam la telefon cu un client când mi s-a făcut rău dintr-o dată.

T: Care a fost primul lucru pe care l-ai remarcat ? Ai simţit vreo senzaţie sau ţi-a venit în minte vreun gând?

L: M-am simţit puţin ameţită; parcă pluteam şi parcă eram desprinsă de realitate.

T: Atunci când ai remarcat faptul că trăieşti o senzaţie de irealitate, ce gânduri ţi-au venit în minte?

L: M-am întrebat ce va fi dacă voi face un atac de panică.

T: Când ţi-a trecut prin minte acel gând ce ai simţit?

L: M-am simţit foarte speriată de faptul că voi declanşa un atac puternic de panică.

T: Te-ai simţit foarte anxioasă, nu-i aşa?

L: Da, m-am gândit că ar putea fi un atac puternic de panică şi mi-am dorit să ies din situaţie.

T: Ce senzaţii ai trăit atunci când te-ai simţit speriată?

L: Am început să tremur şi inima a început să bată tot mai tare.

T: Ai remarcat şi alte senzaţii? Ce s-a întâmplat cu senzaţia de irealitate?

L: A fost mult mai rău, am început să am şi dificultăţi de repiraţie.

T: Atunci când ai simţit toate acele senzaţii – tremurături, puls accelarat, senzaţie de irealitate şi senzaţie de sufocare – ce gânduri ţi-au trecut prin minte?

L: Am gândit că începe atacul de panică şi că nu mă pot controla.

T: Te-ai gândit că s-ar putea întâmpla ceva foarte rău?

L: Da, am gândit că voi muri.

T: Şi cum ai crezut că vei muri?

L: Am gândit că voi face un atac de cord.

T: Ce s-a petrecut cu anxietatea ta atunci când ai gândit toate acesta?

L: A fost şi mai rău, chiar am intrat în panică.

T: În plin atac de panică; evaluează pe o scală de la 0 la 100, cât de mult credeai că vei face un atac de cord.

L: Credeam în proporţie de 80%.

Dialogul prezentat mai sus permite pacientului şi terapeutului să identifice comportamentele ciclului prin intermediul căruia se formează şi se menţine atacul de panică; în acest caz, declanşatorul a fost trăirea unui sentiment de irealitate, moment în care a apărut gândul negativ automat: „Ce se va întâmpla dacă voi face un atac de panică?"

În acest moment se declanşează anxietatea cu senzaţiile asociate (tahicardie), urmate de interpretarea catastrofizantă („O să fac un atac de cord!"), fapt ce contribuie la o creştere şi mai accentuată a anxietăţii.

Punctul de pornire al terapiei este adresarea de provocări şi înlăturarea interpretărilor eronate ale fenomenelor fiziologice trăite de subiect.

O dată evidenţiat cercul vicios specific atacului de panică, urmează identificarea comportamentelor de asigurare puse în acţiune de pacient. Aceste comportamente pot să fie explicite, ca în cazul agorafobiei, când persoana renunţă să iasă din casă, sau implicite, ca în cazul celor care evită să practice exerciţii fizice deoarece se tem că vor face un atac de cord.

În cele mai multe cazuri simpla întrebare „Ce tipuri de comportamente eviţi atunci când te cuprinde teama?" este suficientă pentru a evidenţia conduitele de asigurare. Terapeutul va adresa apoi şi alte întrebări pentru a obţine mai multe detalii cu privire la comportamentele de evitare puse în acţiune de pacient.

Prezentăm mai jos un exemplu de dialog terapeutic menit să evidenţieze comportamentele de asigurare.

T: Atunci când te simţi anxioasă şi eşti convinsă că vei face un atac de cord, întreprinzi ceva pentru a te proteja, pentru a preveni producerea atacului de cord?

P: Încerc să mă relaxez şi să-mi liniştesc bătăile inimii.

T: Ce faci pentru a te relaxa şi pentru a-ţi calma bătăile inimii?

P: Îmi spun în gând că trebuie să mă destind şi încerc să respir adânc şi mai rar.

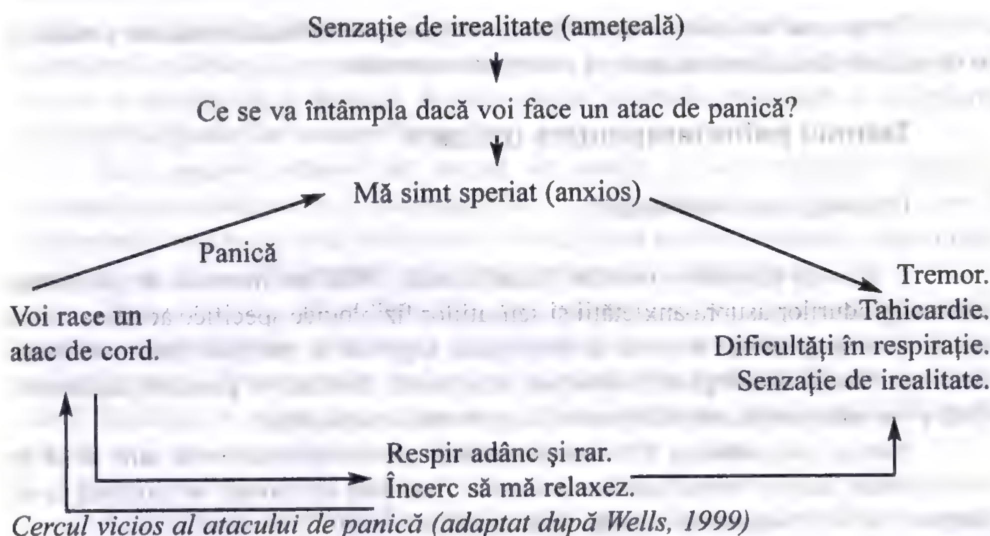
T: Se pare că ţi-ai pus la punct o anumită strategie pentru a-ţi controla anxietatea. Cât de mult crezi că dacă nu vei aplica strategia ta se va întâmpla ceva îngrozitor, ca de pildă declanşarea unui infarct?

P: Cred că voi face un atac de cord sau voi leşina.

T: Apreciază pe o scală de la 0 la 100 cât de mult crezi că vei leşina sau vei face un atac de cord.

P: Cam în proporţie de 60%.

În continuare, terapeutul îl va ajuta pe pacient să includă şi comportamentele de asigurare în cadrul cercului vicios al formării atacului de panică.



Cercul vicios al atacului de panică (adaptat după Wells, 1999)

Terapeutul va oferi în continuare explicaţii referitoare la modul în care atacurile de panică se datorează interpretărilor catastrofizante ale senzaţiilor fiziologice fireşti, precum şi modului în care comportamentele de asigurare nu fac decât să menţină tulburarea.

Acelaşi autor (Wells, 1999) ne prezintă câteva exemple de senzaţii fiziologice, interpretări catastrofizante şi comportamente de asigurare/evitare.

Senzaţii	*Interpretări eronate*	*Comportamente de asigurare*
Palpitaţii. Durere în piept.	Atac de cord. Moarte.	Relaxare. Reducerea ritmului cardiac. Subiectul se aşază. Evită efortul fizic.
Senzaţia de irealitate (de disociere).	Pierderea controlului. Nebunie.	Face eforturi să-şi păstreze controlul. Verifică memoria. Caută să-şi controleze gândurile. Caută posibilităţi de a ieşi din locul respectiv.
Dificultăţi de respiraţie.	Sufocare.	Respiră adânc. Se plasează lângă un geam deschis. Iese la aer. Utilizează tablete mentolate.
Ameţeli.	Leşin.	Controlează respiraţia. Se aşază. Se sprijină de cineva sau de ceva. Evită să iasă singur.

Terapeutul va insista asupra faptului că interpretările catastrofizante conduc la o descărcare de adrenalină care va exacerba anxietatea.

Tehnici psihoterapeutice utilizate

I. *Strategii de conştientizare*

1. Metoda cuvintelor pereche (Clark şi alţii, 1988) are menirea de a evidenţia efectul gândurilor asupra anxietăţii şi senzaţiilor fiziologice specifice acesteia. Ideea de la care se porneşte este că simplul gând legat de o posibilă catastrofă poate declanşa reacţii fiziologice şi anxietate accentuată. Sarcina se prezintă pacientului fără a i se oferi explicaţii referitoare la ce anume se urmăreşte.

Acesta este solicitat să citească perechi de cuvinte cu voce tare şi să se concentreze asupra semnificaţiilor acestora. Perechile de cuvinte se prezintă la un interval de 5-10 secunde şi sunt de tipul următor:

Ameţeală – Leşin
Palpitaţii – Atac de cord
Senzaţie de irealitate – Nebunie
Slăbiciune – Leşin
Dificultăţi de respiraţie – Sufocare
etc.

După ce a citit perechile de cuvinte timp de câteva minute, pacientul este întrebat dacă a simţit ceva deosebit în timpul desfăşurării experimentului; în cele mai multe cazuri, pacienţii relatează că au perceput o anxietate difuză însoţită de anumite senzaţii fiziologice, mai rar înregistrându-se apariţia unei anxietăţi mai accentuate. I se cere apoi pacientului să interpreteze aceste fenomene în termenii modelului cognitiv specific al atacului de panică.

În cazul în care exerciţiul nu dă rezultate, terapeutul va renunţa la acesta, oferind explicaţia că a dorit să testeze reacţia pacientului la lectura unor materiale anxiogene şi afirmând că lipsa reacţiei este un semn pozitiv că terapie va da rezultatul scontat.

2. Concentrarea atenţiei asupra senzaţiilor corporale. Obiectivul acestei metode constă în a demonstra că atenţia selectivă îndreptată spre interior contribuie la o conştientizare mai accentuată a senzaţiilor fiziologice, fapt ce are drept consecinţă exacerbarea acestora. Subiectului i se poate cere, de pildă, să se concentreze asupra bătăilor inimii. La majoritatea persoanelor anxioase se va constata o accelerare a ritmului cardiac.

3. Exerciţii de accentuare a comportamentelor de asigurare. Terapeutul va manipula în timpul şedinţei de psihoterapie unele comportamente de asigurare

utilizate de pacient pentru a-i demonstra modul în care acestea contribuie la menţinerea şi chiar la intensificarea senzaţiilor fiziologice secifice anxietăţii. Se va atinge şi problematica modului în care aceste conduite împiedică şi infirmarea veridicităţii gândurilor catastrofizante.

Unui pacient suferind de atacuri de panică şi care utilizează respiraţie profundă controlată pentru a preîntâmpina o presupusă sufocare i se poate cere să respire mult mai profund şi mai amplu, efectul fiind apariţia ameţelii, palpitaţiilor, senzaţiei de leşin, dificultăţilor de vedere şi senzaţiei de slăbiciune.

Terapeutul va explica faptul că, deşi pacientul nu va respira atât de amplu pentru a preîntâmpina producerea catastrofei de care se teme, exerciţiul a fost utilizat pentru a demonstra ce anume se poate întâmpla: unele modificări minore la nivel fiziologic produse de oscilaţii ale ritmului respirator devin mai evidente în timpul unui atac de panică atunci când anxietatea este activată.

4. Utilizarea unor metafore menite să-i determine pe pacienţi să renunţe la comportamentele de asigurare. Prezentăm în cele ce urmează un exemplu de metaforă de acest tip (Wells, 1999): „Există unii oameni care se tem de vampiri şi care devin foarte speriaţi atunci când se apropie noaptea. Pentru a se proteja, ei ţin prin preajma lor căţei de usturoi. Desigur că nimeni nu a văzut până acum vreun vampir, aşa că probabil usturoiul lucrează. Ce credeţi că ar trebuie să întreprindă astfel de oameni pentru a se convinge de faptul că nu există vampiri?"

II. *Strategiile de reatribuire* au rolul de a construi un set cognitiv care să faciliteze realizarea experimentelor de infirmare a gândurilor şi convingerilor negative generatoare de anxietate, cunoscut fiind faptul că obiectivul terapiei cognitive în cazul atacurilor de panică rezidă în reducerea interpretărilor eronate ale senzaţiilor fiziologice, precum şi în eliminarea comportamentelor de evitare/asigurare.

Experimente în sfera comportamentală

Acestea implică producerea voluntară a unor senzaţii fiziologice asociate cu anxietatea în vederea infirmării convingerilor negative în legătură cu producerea unor posibile catastrofe.

Wells (1999) este de părere că utilizarea unor tehnici de reducere a simptomelor, cum ar fi, de exemplu, relaxarea sau hipnoza, nu sunt indicate în cadrul acestui tip de psihoterapie, deoarece acestea se pot transforma în comportamente de asigurare.

Cu toate acestea, experienţa noastră clinică (Holdevici, 1999, 2000) a demonstrat că aceste tehnici s-au dovedit utile, fiind aplicate independent de experimentele din sfera comportamentală, mai ales atunci când gândurile raţionale

alternative se utilizează în calitate de sugestii. Mai mult, există cazuri în care pacienţii prezintă şi probleme somatice reale, situaţie în care provocarea voluntară a simptomelor este contraindicată.

Exerciţiile de provocare a reacţiilor de panică se referă la inducerea – în cadrul cabinetului de psihoterapie – a unor senzaţii asemănătoare celor pe care pacienţii au tendiţa de a le interpreta în mod catastrofizant. Pentru succesul demersului terapeutic, este necesară o cunoaştere în detaliu a senzaţiilor de care se teme pacientul, precum şi a interpretărilor eronate pe care le conferă el acestor senzaţii.

Aşa cum am mai sublinat, obiectivul acestor experimente constă în infirmarea credinţelor absurde legate de faptul că s-ar putea produce anumite catastrofe de care se teme subiectul. Pentru succesul terapiei, convingerile pacienţilor cu privire la posibilitatea producerii evenimentelor negative de care se tem trebuie testate înainte şi după aplicarea tehnicii.

Trebuie să recunoaştem că experimentele de provocare a unui atac de panică declanşează anxietatea nu numai la pacient, ci şi la psihoterapeut, care poate avea rezerve în a-i provoca pacientul său o stare de disconfort, sau un atac de panică, atac ce nu va putea fi ţinut sub control.

Wells (1999) consideră că şi psihoterapeutul, la rândul său, trebuie să combată unele convingeri disfuncţionale şi lipsite de logică, de tipul: „Trebuie ca totdeauna să-l fac pe pacientul meu să se simtă mai bine şi nu mai rău"; „Dacă îi voi cere pacientului meu să facă un anumit lucru care nu îi este pe plac, acesta se va supăra pe mine"; „Dacă îi voi cere pacientului meu să facă un anumit lucru, acesta va abandona tratamentul"; „Dacă voi face în aşa fel încât pacientul meu să intre în panică, eu nu voi putea ţine situaţia sub control"; „Ce se va întâmpla dacă pacientul meu îşi va pierde controlul?".

Cel mai frecvent experiment de provocare voluntară a atacului de panică este hiperventilaţia. Prin intermediul acesteia se poate provoca subiectului senzaţie de ameţeală, de leşin, de disociere psihică, modificări în sfera vizuală, tahicardie şi chiar dificultăţi respiratorii.

Sarcina este administrată tocmai pentru a infirma interpretările eronate conferite de subiect simptomelor respective. Pacientului i se cere să stea în picioare şi să realizeze un număr de inspiraţii forţate un timp suficient de lung pentru ca pacientul să se convingă de faptul că nu se va întâmpla nimic rău.

Experimentul de hiperventilaţie poate fi combinat cu tehnici de contracarare a comportamentelor de evitare/asigurare. Astfel, dacă teama cea mai puternică a pacientului este legată de ideea că va înnebuni, iar comportamentele de evitare au drept obiectiv să-şi controleze mentalul, terapeutul îi poate cere să realizeze exerciţii de hiperventilaţie în acelaşi timp cu tentativa de pierdere a autocontrolului (să deruleze în minte gânduri nebuneşti).

În cazul în care teama principală este legată de pierderea autocontrolului în sfera comportamentală, i se poate cere subiectului să realizeze manevre de

hiperventilaţie în acelaşi timp cu o serie de acţiuni necontrolate, cum ar fi gesturi ciudate sau strigăte.

Metoda hiperventilaţiei nu trebuie utilizată la pacienţii cardiaci, hipertensivi, astmatici sau în situaţia de sarcină.

Sarcinile comportamentale referitoare la exerciţii fizice sunt indicate mai ales atunci când efortul fizic este evitat de către pacient, care se teme că ar putea suferi un atac de cord. Se recomandă pacienţilor în cauză să practice alergarea, mersul vioi, urcatul scărilor, săritul corzii sau alte tipuri de exerciţii asemănătoare pentru a infirma convingerile negative în legătură cu posibilitatea producerii unor accidente somatice grave (atac cerebral sau infarct).

În unele cazuri, senzaţiile care sunt interpretate greşit sunt cele legate de dureri în zona toracică. O modalitate de a le provoca în mod voluntar constă în a cere pacientului să inspire profund şi apoi să expire forţat, fără să lase tot aerul să iasă din plămâni. Dacă se practică acest exerciţiu timp de câteva minute, pot să apară senzaţii de constricţie toracică, pacientul având posibilitatea să se convingă de faptul că acestea nu sunt periculoase.

Tehnici verbale de modificare a gândurilor negative şi a convingerilor disfuncţionale

Psihoterapeutul trebuie să analizeze cu atenţie acele situaţii în care pacienţii suferind de atacuri de panică afirmă că fenomenele de care se tem au avut loc cu adevărat (au leşinat, au căzut etc.). În urma unor întrebări formulate atent rezultă că, în astfel de cazuri, nu era vorba de leşin sau de cădere, ci de comportamente de asigurare (s-au lăsat să cadă pe un fotoliu sau pe o canapea fără să-şi piardă cunoştinţa şi să se lovească). În vederea verificării faptului că interpretările lor sunt eronate, psihoterapeutul îl va ghida pe pacient să-şi adreseze o serie de întrebări menite să conducă la reatribuirea altor semnificaţii senzaţiilor fiziologice pe care le trăieşte: „De unde şti că atacul de panică va produce o catastrofă?"; „Ai trăit numeroase atacuri de panică. Cum de nu s-a produs încă acea catastrofă de care te temi aşa de mult?"; „Ce te determină să crezi că anxietatea va produce un dezastru?"; „Care sunt mecanismele prin care anxietatea îţi va produce un rău atât de mare?"; „Cunoşti acele fenomene care pot declanşa catastrofe în plan fiziologic?"; „Crezi că anxietatea face parte dintre ele?".

Terapeutul va discuta împreună cu pacientul despre erorile de logică ce apar în cursul atacurilor de panică: tendinţa spre catastrofizare şi inferenţele arbitrare, acestea funcţionând pe fondul unei abilităţi reduse de testare a realităţii. Dacă pacienţii care suferă de atacuri de panică sunt capabili să adreseze provocări convingerilor negative atunci când nu se află în plin atac, capacitatea lor este semnificativ diminuată când acesta are loc. Mulţi pacienţi afirmă chiar faptul că în ei parcă sălăşluiesc două persoane, una raţională, care *realizează* absurditatea

gândurilor respective, şi cealaltă iraţională, care se simte covârşită de intensitatea trăirilor anxioase. Conştientizarea acestei situaţii trebuie utilizată pentru a întări necesitatea realizării experimentelor din sfera comportamentală pentru a se confrunta în mod deschis cu teama.

Utilizarea jurnalelor pentru notarea gândurilor negative generatoare de panică

Jurnalele cotidiene reprezintă principala sursă de informaţii referitoare la eficienţa tratamentului sub aspectul reducerii frecvenţei şi intensităţii atacurilor de panică. De asemenea, pe baza acestora se pot identifica mai precis interpretările eronate ale senzaţiilor trăite de subiect.

Prezentăm mai jos un model de jurnal pentru notarea fenomenelor specifice unui atac de panică.

Data	Situaţia	Principalele senzaţii fiziologice (ameţeli, palpitaţii, dificultăţi de respiraţie etc.)	Gânduri negative (interpretări eronate)	Răspunsuri raţionale alternative	Numărul total de atacuri de panică
Luni					
Marţi					

Jurnalele trebuie completate de pacienţi în cadrul temelor pentru acasă. În primele săptămâni de tratament i se cere pacientului să completeze doar primele patru coloane, urmând ca rubrica referitoare la gândurile raţionale alternative să fie completată doar după ce pacientul a izbutit să găsească o serie de contraargumente prin intermediul unor tehnici verbale şi comportamentale.

Identificarea contraargumentelor împotriva gândurilor negative şi convingerilor disfuncţionale

Convingerile disfuncţionale legate de efectele catastrofale ale senzaţiilor fiziologice pot fi destructurate prin intermediul provocării cu ajutorul metodei descoperirii dirijate şi apoi înlocuite cu evaluări mai realiste.

Aceste convingeri ale pacienţilor care suferă de atacuri de panică se referă la faptul că anxietatea poate ucide, poate conduce la nebunie, leşin, atacuri de cord etc. Contraargumentele împotriva lor se adună pe baza contabilizării experienţelor care infirmă aceste convingeri, cât şi pe baza experienţelor din sfera comportamentală.

Prezentăm mai jos un dialog purtat de psihoterapeut cu Manuela, o arhitectă în vârstă de 36 de ani, diagnosticată cu atacuri de panică şi care se teme că va face un atac de cord:

M: Atunci când intru în panică este îngrozitor pentru că îmi simt inima bătând cu putere, gata să-mi sară din piept.

T: Ce gânduri îți trec prin minte atunci când inima ta bate atât deputernic?

M: Ei bine, vă voi spune ce gândesc. Mă simt atât de rău, încât mă tem că voi face un infarct. Nu este bine pentru inima mea să bată atât de puternic.

T: Cu alte cuvinte, te temi de faptul că teama îți va îmbolnăvi inima și îți va provoca un infarct.

M: Cred că îmi poate afecta inima. Am auzit că unii oameni au murit din cauza unui atac de cord produs de stres.

T: Crezi că cu cât oamenii suferă mai multe stresuri în viață cu atât le cresc șansele să moară de infarct?

M: Cred că da.

T: Cum ar fi viața dacă stresul ar conduce totdeauna la infarct?

M: Probabil că stresul nu creează chiar totdeauna probleme, poate doar la unii oameni.

T: Este adevărat, stresul le creează probleme unor oameni care au deja ceva la inimă. Mai mult, stresul nu este același lucru cu anxietatea sau cu panica apărute brusc. În momentul în care te cuprinde panica, organismul tău secretă adrenalină care, la rândul ei, face ca inima să bată mai repede, iar organismul tău să devină mai activ. Aceste fenomene te pregătesc să faci față mai bine unei eventuale primejdii. Dacă secreția de adrenalină ar produce vreun rău inimii sau organismului în general, cum crezi că ar fi supraviețuit oamenii de-a lungul timpului confruntându-se cu atâtea primejdii? Probabil că ei ar fi pierit demult.

M: Da, cred că aveți dreptate.

T: Putem spune, deci, că panica în sine nu conduce la infarct. Pentru ca acesta să aibă loc trebuie să existe ceva patologic în plan somatic. Atunci când cineva face infarct, adesea se recurge la injectarea de adrenalină direct în inimă pentru a o face să pornească din nou. Crezi că medicii ar proceda astfel dacă adrenalina ar face și mai mult rău inimii?

M: Sigur că nu.

T: Spune-mi acum cât de mult mai crezi că anxietatea și panica îți vor îmbolnăvi inima?

Barbu, om de afaceri de 42 de ani, clinic sănătos, cu tensiunea arterială în limite normale, suferă de atacuri de panică. Principala lui teamă este că va face un atac cerebral.

T: Cunoști cauzele care produc un accident vascular cerebral?

B: Cred că se petrece atunci când creierul încetează să mai funcționeze.

T: Și cum se poate opri creierul?

B: Stresul poate conduce la oprirea creierului.

T: În cazul în care stresul îți poate afecta creierul, cum se face că atacurile de panică nu l-au afectat încă?

B: Dacă mai continuă aşa, probabil că se va întâmpla acest lucru.

T: Se pare că îngrijorarea ta principală se referă la faptul că anxietatea îţi poate produce un accident vascular cerebral. Acesta are loc atunci când o parte a creierului nu mai este alimentată cu oxigen trensportat de sânge. În acest caz o parte a creierului moare. Afluxul de sânge este oprit atunci când arteriolele se contractă sau se blochează. Crezi că anxietatea poate produce aşa ceva?

B: Nu prea cred, dar, totuşi, cum se produce accidentul vascular?

T: Acesta se produce datorită unui cheag de sânge sau datorită spargerii unui vas. Anxietatea nu produce însă aşa ceva. Sper că ai înţeles de ce anxietatea nu-ţi poate produce un atac cerebral.

Astfel de dialoguri stau la baza procesului de descoperire dirijată şi au menirea de a prezenta pacientului noi informaţii care să-i spulbere convingerile eronate în legătură cu starea de sănătate. Procedeul începe cu identificarea precisă a temerii, relatările pacientului furnizând informaţii în legătură cu concepţiile şi convingerile eronate ale acestuia.

Aceste procedee de tip educaţional reprezintă un pas important în cadrul procesului de restructurare cognitivă, ele combinându-se cu demersul de strângere a dovezilor împotriva veridicităţii convingerilor negative disfuncţionale.

Tehnica contraargumentării

Terapeutul îl va ghida pe pacient să adune dovezi care să infirme gândurile negative şi convingerile disfuncţionale cu privire la producerea unor dezastre în plan somatic. Contraargumentele se adună în timpul discuţiilor cu pacientul, în urma experimentelor realizate în plan comportamental, precum şi a analizei altor experienţe trăite de persoana în cauză.

Prezentăm mai jos o fişă de notare a argumentelor şi contraargumentelor întocmită de Diana, casnică, 38 de ani, care suferă de atacuri de panică, teama ei principală fiind că va face un infarct.

Convingere eronată: „Datorită panicii voi face un infarct"
(adaptat după Wells, 1999)

Argumente	Contraargumente
Anxietatea îmi afecteazăinima.	Stresul reprezintă o problemă doar pentru persoanele care sunt deja bolnave de inimă.
Persoanele vârstnice spun că se poate muri de frică.	Oamenii care sunt supuşi unui stres foarte puternic nu mor de frică (de exemplu, soldaţii pe câmpul de luptă).
Simt furnicături în degete şi dureri în piept atunci când intru în panică.	Anxietatea şi panica sunt asociate cu o secreţie sporită de adrenalină. Adrenalina se administrează ca inima să pornească, nu să se oprească.

Anxietatea conduce la creşterea tensiunii arteriale, iar aceasta este nocivă pentru inimă.	Anxietatea reprezintă un mecanism de supravieţuire; ea nu face rău oamenilor. Inima mea a bătut atunci când m-am simţit speriată şi totuşi nu s-a întâmplat nimic rău. Atacul de panică produce o creştere temporară a tensiunii arteriale, ca şi exerciţiile fizice, care fac bine inimii. Doar atunci când tensiunea arterială este în mod constant prea ridicată, apar probleme medicale.

Metoda comparării rezultatelor

Se utilizează în cazul acelor pacienţi care au trăit experienţe cum ar fi, de pildă, cea de leşin, şi acestea au servit drept bază pentru interpretările eronate legate de anxietate. Metoda constă în realizarea unei liste complete a simptomelor reale şi compararea acestora cu cele ale panicii. Tehnica se bazează pe faptul că experienţa subiectivă a stării de leşin diferă semnificativ de cea a atacului de panică (Wells, 1999).

Dialogul purtat cu pacientul se prezintă astfel:

T: Vom împărţi o coală de hârtie în două coloane. În partea stângă vom nota ceea ce ai simţit atunci când ai leşinat, iar în partea dreaptă simptomele atacului de panică. Povesteşte-mi cum a fost atunci când ai leşinat

P: Eram bolnav de viroză şi aveam febră foarte mare. Am leşinat când m-am îndreptat spre baie.

T: Te-ai simţit speriat?

P: Nu, deloc.

T: Ce senzaţii ai avut înainte să leşini?

P: Totul parcă s-a întunecat şi am avut impresia că o să adorm.

T: Ai mai observat vreo trăire?

P: Da. Parcă timpul se derula mai încet. M-a cuprins şi un val de căldură.

T: Să analizăm acum ce simţi când te cuprinde atacul de panică. Ai senzaţia că totul se întunecă?

P: Nu, dimporivă, parcă totul devine mai luminos.

T: Ai cumva o stare de somnolenţă?

P: Nu, îmi este chiar imposibil să mă relaxez şi totul se derulează parcă mult mai rapid.

T: Ai cumva şi o senzaţie de căldură?

P: Da, mă cuprind valuri de căldură.

T: Iată, în sfârşit, o senzaţie comună celor două tipuri de stări. O vom bifa pe foaia pe care lucrăm. Ce senzaţii mai ai în timpul atacului de panică şi care te duc cu gândul că vei leşina?

P: Am o senzaţie de plutire şi îmi simt picioarele moi.

T: Ce înţelegi prin senzaţie de plutire?

P: Lucrurile din jurul meu par mai strălucitoare şi parcă le văd mai puţin clar.

T: Se pare că este exact invers decât atunci când leşini, nu se mai întunecă totul, nu-i aşa?

P: Da, este vorba de altceva.

T: Ce mai simţi atunci când te cuprinde atacul de panică?

P: Inima mea începe să bată foarte puternic şi îmi simt gura uscată.

T: Ai aceleaşi senzaţii şi atunci când eşti gata să leşini?

P: Nu.

T: Vom revedea acum împreună simptomele stării de leşin şi cele ale atacului de panică. Seamănă unele cu altele?

P: Nu, sunt chiar foarte diferite.

Metoda interviului

Pacientul suferind de atacuri de panică este solicitat să întrebe şi alte persoane (rude, prieteni) dacă au trăit simptome asemănătoare. Tipul de întrebări şi persoanele cărora li se adresează trebuie atent pregătite în timpul şedinţei de psihoterapie.

Prevenirea recăderilor

Ultimile 2-3 şedinţe de psihoterapie sunt dedicate prevenirii recăderilor deoarece pacienţii mai prezintă convingeri negative disfuncţionale cu caracter rezidual, convingeri care pot să creeze vulnerabilităţi în viitor.

Terapeutul va lucra acum împreună cu pacientul asupra acestor gânduri negative şi convingeri reziduale, utilizând aceleaşi metode ca şi în cazul gândurilor şi convingerilor disfuncţionale primare.

O metodă eficientă pentru prevenirea recăderilor constă în notarea într-un jurnal a tuturor elementelor învăţate în cursul terapiei: cauzele atacului de panică, factorii care îl menţin, precum şi modalităţile de rezolvare a problemei.

Se reia problematica cercului vicios, a rolului negativ al comportamentelor de asigurare şi evitare şi se realizează o trecere în revistă a metodelor şi tehnicilor de combatere a gândurilor şi convingerilor negative disfuncţionale.

Solicitarea pacientului de a nota pe o scală de la O la 100 cât de tulburat se va simţi la apariţia unui nou atac de panică reprezintă un indicator important pentru nivelul la care s-a ajuns în urma aplicării demersului psihoterapeutic. Faptul că pacientul se mai teme că va declanşa atacuri de panică în viitor trebuie utilizat ca pretext pentru exersarea şi consolidarea deprinderilor achiziţionate în timpul terapiei.

Psihoterapia cognitivă a atacurilor de panică durează, în medie, 12 şedinţe. Se recomandă încă 2-3 şedinţe la interval de două-trei luni, pentru a verifica măsura în care achiziţiile terapeutice se menţin.

Abordări comportamentale ale agorafobiei şi atacurilor de panică

În cazurile mai puţin severe se pot obţine rezultate şi prin tehnici comportamentale mai simple, care nu necesită un terapeut calificat în abordări cognitive, în prima etapă i se cere pacientului să întocmească o listă cu obiectivele tratamentului, notând acele lucruri pe care doreşte să le facă, dar le evită.

Elementele trecute pe listă trebuie să aibă un caracter concret: „să merg singură la cumpărături" este o afirmaţie prea vagă, în timp ce „să merg la alimentara din colţ" reprezintă un obiectiv precis.

Sarcinile iniţiale de la care se porneşte trebuie să fie foarte simple, chiar banale (de exemplu, „să se deplaseze pe jos o staţie de troleibuz şi să stea pe o bancă timp de o oră").

Pentru fiecare agorafobie în parte trebuie alcătuit un plan personal de tratament. Iată un model de obiective psihoterapeutice stabilite la începutul terapiei:

- să stea în faţa blocului 15 minute, 30 de minute, o oră, două ore;
- să meargă până la colţul străzii şi să rămână acolo o jumătate de oră, o oră, două ore; să nu părăsească locul respectiv până când nu s-a scurs timpul stabilit; pacientul poate să stea pe o bancă să citească, să se uite la vitrine;
- să alcătuiască un plan al cartierului şi să marcheze locurile unde se teme să se ducă; apoi i se cere să se deplaseze în diverse zone (la poştă, la alimentara, la biserică etc.) şi să marcheze cu roşu acele zone unde a avut curajul să se deplaseze. Se urmăreşte acoperirea întregii hărţi a cartierului cu puncte roşii;
- să stea singur în casă o oră, două ore, trei ore (se porneşte de la ideea că mulţi agorafobiei nu vor să rămână singuri de teamă că vor avea un atac de panică şi nu va avea cine să-i ajute).

Prezentare de caz (Fensterheim şi Baer, 1977)

O tânără femeie, căsătorită, a cărei mamă locuia în blocul de vizavi, stătea singură în casă doar dacă putea să-şi contacteze telefonic fie mama, fie soţul. Când soţul pleca de la serviciu, el trebuia să-i telefoneze, spunându-i unde se duce, cât de mult va rămâne în acel loc şi să-i lase numărul la care poate fi contactat. Acelaşi lucru trebuia să-l facă şi mama ei atunci când mergea la cumpărături, la coafor sau la o prietenă. Soţul şi mama trebuiau să-şi coordoneze astfel programul încât unul dintre ei să poată fi găsit la telefon, în timp ce celălalt se afla pe drum.

Sarcina trasată pacientei a fost următoarea: pacienta trebuie să stea singură vinerea viitoare, când soţul avea o întâlnire de afaceri între orele 11 şi 13 şi nu putea fi contactat la telefon.

La fel şi mama, care avea programul său. În acea perioadă şi psihoterapeutul trebuia să fie plecat din cabinet. Atât soţul, cât şi mama trebuiau s-o sune pe pacientă în jurul orei 13, iar aceasta trebuia să-l contacteze pe terapeut la 13 şi 15 minute.

Pacienta a relatat că în timpul perioadei „fără telefoane“ ea a simţit de mai multe ori acele stări şi senzaţii care o făceau să dea fuga la telefon: teamă, palpitaţii, senzaţie de sufocare etc. Neavând cui să telefoneze, ea a constatat cu surpriză că atacul de panică nu s-a produs, iar senzaţiile neplăcute au dispărut de la sine.

Obiectivele intermediare ale psihoterapiei sunt următoarele:

• Travesarea unei străzi largi cu ciculaţie în ambele sensuri (mulţi agorafobiei îşi spun în gând: „Ce se va întâmpla dacă voi leşina în mijlocul străzii?“). Se cere subiectului să traverseze strada înainte şi înapoi de 6, 10, 20 de ori, la schimbarea culorii semaforului.

• Pacientul trebuie să rămână la etajul I al unui magazin universal o jumătate de oră, o oră, două ore.

• I se cere subiectului să rămână pe peronul staţiei de metrou, fără să se urce în el. Este indicat să se aleagă o perioadă când staţia nu este nici foarte aglomerată, nici pustie (o staţie pustie poate să declanşeze alte tipuri de frici şi acestea pot să fie realiste!).

• Să meargă cu liftul în jos şi în sus timp de o jumătate de oră.

Obiectivele pentru un stadiu avansat al psihoterapiei sunt:

• Plimbare pe strada comercială principală la ora prânzului.

• Să meargă la etajul cel mai de sus al unui supermagazin.

• Să facă o excursie cu autobuzul sau cu trenul pe o distanţă de 2 ore dus, 2 ore întors.

• Să conducă maşina atunci când traficul este foarte intens.

Pacientul trebuie să realizeze o listă cu itemii în ordinea gradului de dificultate şi să utilizeze situaţiile cele mai facile ca puncte de pornire. Aşa cum am mai subliniat, subiectul trebuie să rămână în situaţie întreaga perioadă stabilită, notând ceea ce face şi nu ceea ce simte el.

Prezentare de caz

Acest program a fost aplicat pacientei Cristina, de 27 de ani, căsătorită, cu studii superioare (filologie), care lucra ca traducătoare acasă deoarece nu putea merge singură pe stradă.

Cristina s-a prezentat la cabinet pentru prima oară însoţită de sora ei, care a venit s-o ia de acasă. Cele două au călătorit cu autobuzul. La următoarea întâlnire sora nu a mai venit s-o ia de acasă, Cristina aşteptând-o în staţia de troleibuz, care era foarte aproape. Cu altă ocazie cele două s-au întâlnit în staţia de troleibuz, Cristina călătorind în spate şi având posibilitatea s-o vadă pe sora ei, care era în faţă. Apoi surorile au schimbat locurile, Cristina călătorind în faţă şi sora ei în spate, astfel încât pacienta nu o putea vedea cu uşurinţă pe aceasta din urmă. Sora Cristinei a coborât din autobuz cu o staţie înainte de a ajunge la destinaţie, iar Cristina a mers singură cu troleibuzul într-o perioadă când nu era aglomerat şi sora ei a aşteptat-o la sosire. De atunci Cristina a făcut mai multe călătorii în cursul cărora a avut relativ

puţine atacuri de panică pe care le-a putut stăpâni fără să coboare din troleibuz; începând cu această perioadă, ea a început să vină singură la cabinetul de psihoterapie. Într-o etapă ulterioară a terapiei, Cristina a început să facă excursii lungi, iniţial însoţită de sora ei, apoi singură; în timpul acestora ea a suferit unele atacuri de panică, dar au existat şi perioade în care a uitat complet de faptul că suferă de agorafobie. În urma executării sarcinilor terapeutice propuse, ea şi-a dat seama că poate controla atacurile de panică asistând pasivă la derularea acestora, fără să mai simtă nevoia imperioasă de a coborî din tren sau autobuz.

Un alt principiu al terapiei comportamentale constă în practicarea zilnică a exerciţiilor terapeutice, pentru că altfel se constată un regres în derularea terapiei.

Agorafobicul trebuie să mai aibă în vedere următoarele:

1. Să nu devină dependent de tranchilizante sau alcool, pentru că, în acest caz, atacurile de panică nu vor dispărea. Tranchilizantele nu trebuie utilizate decât cu avizul medicului psihiatru şi ele trebuie reduse sau chiar întrerupte începând cu a treia expunere la situaţia anxiogenă. Medicaţia tranchilizantă şi antidepresivă poate opri producerea atacurilor de panică, dar, dacă subiectul nu *realizează* desensibilizarea sistematică, acestea revin o dată cu oprirea tratamentului medicamentos.

2. În cazul în care atacul de panică se declanşează în timpul practicării exerciţiilor de desensibilizare, subiectul trebuie să traverseze cu calm situaţia fără a încerca să oprească reacţia de panică, ci dimpotrivă să conştientizeze faptul că nu va cădea, nu va muri şi nu va înnebuni. Odată ce învaţă acest lucru, atacurile de panică vor dispărea.

10 sfaturi pe care trebuie să le ţină minte subiectul în timpul unui atac de panică (Fensterheim şi Jean Baer, 1977)

1. Nu contează dacă subiectul se simte îngrozit, nesigur sau are o senzaţie de irealitatea. Aceste stări nu reprezintă altceva decât exagerarea unor reacţii normale la stres.

2. Deşi trăieşte aceste stări, nu înseamnă că subiectul este foarte bolnav. Trăirile respective sunt foarte neplăcute, îl sperie pe individ, dar nu sunt periculoase, astfel încât nu i se poate întâmpla nimic mai rău de atât.

3. Pacientul trebuie să lase trăirile respective să se deruleze; încercările de a le reprima nu fac decât să le intensifice şi să le facă şi mai acute. În momentul în care se declanşează un atac de panică, subiectul trebuie să inspire adânc şi apoi să expire prelungit, spunându-şi că stările proaste îl părăsesc. Nu trebuie luptat împotriva atacului de panică, acesta trebuind să fie acceptat ca atare.

4. Subiectul trebuie să facă tot posibilul pentru a se simţi cât mai bine, fără a ieşi din situaţia psihotraumatizantă. Astfel, dacă el se află pe stradă, se poate sprijini

de un zid, dacă se află într-un magazin aglomerat, se poate refugia într-un colţ mai liniştit.

5. Nu este indicat ca subiectul să adauge la panica sa gânduri negative cu privire la ceea ce se petrece („De ce nu sunt şi eu la fel ca alţi oameni normali?"; „De ce trebuie să trec prin toate acestea?" etc). Dacă subiectul acceptă situaţia ca atare, lucrul de care se teme cel mai mult nu se va mai întâmpla.

6. Pacientul nu trebuie să-şi spună în gând faptul că se întâmplă ceva îngrozitor şi că trebuie să iasă imediat din situaţie, ci să-şi repete în gând: „Nu voi cădea, nu voi leşina, nu voi muri, nu-mi voi pierde controlul".

7. Trebuie să acordăm fricii noastre timpul necesar pentru a dispărea fără s-o luăm neapărat la fugă.

8. Pacientul trebuie să privească situaţiile anxiogene, precum şi trăirile sale ca pe nişte ocazii pentru a exersa autocontrolul.

9. O metodă utilă constă în distragerea atenţiei de la ceea ce se petrece în corpul sau în psihicul subiectului. Este mult mai indicat ca acesta să privească în jur, să fie atent la clădire, la ceilalţi oameni, la maşini etc.

10. Când atacul de panică se produce, pacientul trebuie să relaxeze corpul, să inspire şi să expire profund, lăsând lucrurile să-şi urmeze cursul.

Pe parcursul terapiei subiectul trebuie să se aştepte la faptul că pot apărea efecte secundare sau momente de cădere. Astfel, chiar după unele experienţe încununate de succes, pot să apară momente de depresie sau de slăbiciune, iar atacurile de panică mai pot reveni, chiar după ce subiectul este conştient de faptul că stăpâneşte situaţia.

Aceste momente de recădere se produc mai ales când subiectul este obosit, stresat din alte motive decât cele legate de anxietate şi fobiile sale sau nu se simte bine sub aspect fizic. La femei, perioadele de recădere apar frecvent în timpul ciclului menstrual.

Sfaturi pentru familiile pacienţilor agorafobiei

• Membrii familiei unui subiect agorafobie consideră de cele mai multe ori că acesta este foarte egoist. Ei manifestă resentimente faţă de solicitările absurde ale agorafobicului şi se simt adesea manipulaţi. Ceea ce trebuie să afle membrii unei astfel de familii este că suferinţa subiectului este reală. Chiar dacă subiectul dezorganizează serios viaţa de familie, el nu face acest lucru în mod intenţionat, solicitările sale reprezentând încercări de a se elibera de stările neplăcute.

• Partenerul unei paciente agorafobice trebuie să o ajute, să se facă util, să-şi facă timp să iasă cu ea la plimbare sau la cumpărături. El trebuie să-i propună activităţi suplimentare (să meargă la teatru, la expoziţii etc.), fără însă a exercita presiuni asupra persoanei cu probleme. Partenerul de viaţă trebuie, de semenea, să încurajeze micile progrese ale pacientului şi să-i transmită în permanenţă un

sentiment de încredere şi de siguranţă. Astfel, dacă acesta şi-a dat întâlnire cu subiectul la o anumită oră, este indicat să nu întârzie (pentru că acest lucru poate declanşa o reacţie de panică), ba chiar să vină cu puţin timp înainte de ora întâlnirii. Afirmaţiile de tipul „poţi să lupţi cu stările tale“ sau „încetează o dată cu prostiile astea“ nu ajută la absolut nimic, pentru că dacă subiectul ar putea să lupte cu stările sale este clar că ar face-o.

• Este mult mai indicată o atitudine mai constructivă. Micile plăceri pe care un membru al familiei le poate face agorafiului vor contribui la diminuarea stărilor sale depresive şi astfel acesta va dispune de mai multă energie psihică pentru a realiza exerciţiile de desensibilizare.

• Psihoterapeuţii comportamentalişti consideră că se obţin rezultate bune dacă se menţine un echilibru între încurajări şi îndemnurile adresate subiectului să realizeze anumite lucruri. Dacă partenerul îşi întreabă soţia: „poţi să mergi astăzi singură până la colţ?“ şi ea răspunde negativ, acesta poate insista la modul următor: „dar ce ai putea face astăzi şi nu ai mai făcut până acum?“.

• Este important ca membrii familiei unor agorafobici să înţeleagă semnificaţiile acelor lucruri mărunte care, dacă sunt realizate, reprezintă paşi importanţi în direcţia vindecării. Acestora trebuie să li se transmită sentimentul că sunt înţeleşi, că sunt înconjuraţi de înţelegere şi compasiune, precum şi ideea că partenerul sau ceilalţi membri ai familiei sunt convinşi că dacă ei vor face eforturi situaţia se va ameliora.

De multe ori traversarea unor situaţii psihotraumatizante severe îi poate ajuta pe agorafobici să-şi stăpânească tulburarea, pentru că în condiţii de catastrofă sau criză fiinţa umană pune în acţiune toate disponibilităţile sale latente. Astfel, în lagărele de concentrare naziste, simptomele fobice au dispărut complet (Fensterheim şi Jean Baer, 1977).

XIII. Psihoterapia cognitiv-comportamentală în tulburările fobice

Gillian Butler (1989) arată că fobia reprezintă o teamă exagerată şi persistentă faţă de un obiect sau de o situaţie care, de regulă, sunt nepericuloase. Aceste fobii produc dorinţa iraţională a subiectului de a evita situaţiile respective, deşi pacienţii realizează caracterul iraţional al fricii lor. Fobiile reprezintă frici cu carcater dezadaptativ care produc perturbări în viaţa obişnuită a subiecţilor.

Literatura de specialitate distinge următoarele categorii de tulburări psihice:

a) fobia simplă (de înălţime, insecte, sânge etc.). Subiectul este, de regulă, asimptomatic dacă nu anticipează că s-ar putea întâlni cu obiectul fobiei sale.

b) fobia socială este mai complexă datorită faptului că subiectul se teme de lucruri inobservabile, cum ar fi evaluările negative, critica sau teama de a fi respins.

Fobiile sociale se pot centra şi pe unele aspecte concrete, cum ar fi teama de a vorbi în public, de a mânca în public. In aceste cazuri, evitarea situaţiei anxiogene este mai dificil de realizat decât în cazul fobiei simple.

c) agorafobia: teama de a se afla în spaţii aglomerate (magazine, pieţe, cinematografe etc.), de a călători cu mijloace de transport în comun, de a se afla departe de casă.

Simptomele implică teama de a se afla în situaţii de unde subiectului îi este dificil să iasă sau de unde nu poate primi ajutor în caz de urgenţă.

Agorafobicii se simt, de regulă, în siguranţă acasă (deşi acest lucru nu este valabil pentru toţi subiecţii). De asemenea, ei trăiesc stări de panică şi teama că îşi vor pierde autocontrolul şi că vor leşina în acele locuri de unde li se pare că nu pot ieşi. Unii agorafobici sunt mai puţin anxioşi dacă sunt însoţiţi de o persoană în care au încredere sau dacă poartă asupra lor anumite obiecte (un medicament, o umbrelă, o sticluţă cu ceai etc.).

Manualul Diagnostic şi Statistic D.S.M. III distinge două tipuri de agorafobie:

a) cu atacuri de panică;

b) fără atacuri de panică.

Nu este clar dacă este vorba de două entităţi nozografice distincte, care necesită tratamente diferite, sau este vorba de manifestări mai grave sau mai puţin grave ale aceleiaşi afecţiuni. Peste 80% din pacienţii agorafobici sunt femei, în timp ce în cazul fobiei sociale proporţia pe sexe este aproximativ egală. Deşi nu se cunoaşte exact originea fobiilor, majoritatea autorilor sunt de părere că acestea sunt frici dobândite prin condiţionare. Cu toate acestea, rareori pacientul fobic poate descrie un eveniment psihotraumatizant despre care spune că stă la originea fobiei. Fobia se instalează, de regulă, gradat, ca rezultat al repetării unor experienţe mai mult sau mai puţin anxiogene sau prin intermediul învăţării sociale. Uneori, această condiţionare se fixează în perioade de stres puternic sau în stări de supraactivare, când reacţiile caracterizate prin teamă se învaţă cu uşurinţă. Fobiile simple se pot dezvolta gradat pe baza fricilor din copilărie, în timp ce fobia socială debutează, de regulă, în adolescenţă.

Agorafobia debutează în adolescenţa târzie, când fetele tind să devină mai independente, sau în jurul vârstei de 30 de ani (Marks şi Gelder, 1966). După Marks (1969), prezenţa şi natura factorilor precipitatori nu au o legătură directă cu tulburarea fobică.

Manualul D.S.M. IV a modificat denumirea de „fobii simple“ în „fobii specifice“. Particularităţile fobiilor specifice:

1. Prezenţa unei frici accentuate şi persistente manifestate faţă de prezenţa sau anticiparea apariţiei unui obiect specific sau a unei situaţii care, pentru majoritatea oamenilor, nu are un caracter anxiogen.

2. Expunerea la stimulul care reprezintă obiectul fobiei provoacă o stare de anxietate accentuată, care poate evolua până la intensitatea unui atac de panică.

3. Subiectul recunoaşte faptul că teama sa este excesivă şi iraţională.

4. Situaţia fobică este evitată sau suportată cu o anxietate şi un disconfort excesiv de puternic.

5. Reacţiile de evitare a situaţiei anxiogene, precum şi disconfortul resimţit de subiect prezintă o influenţă negativă asupra vieţii cotidiene, sferei ocupaţionale, relaţionale şi sociale a individului, care suferă datorită problemei sale.

6. Anxietatea, atacurile de panică sau evitările de tip fobie nu reprezintă simptome în cadrul altor tulburări psihice, cum ar fi: tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea de stres posttraumatic, anxietatea de separare, fobia socială, agorafobia cu atacuri de pabică sau agorafobia fără atacuri de panică (D.S.M. IV, A.P.A., 1993).

Fobia sau teama de obiecte concrete

Persoanele care se tem de obiecte sau situaţii concrete (ascensoare, metrou, animale, insecte, înălţime, spaţii închise etc.), care nu implică relaţii interpersonale, îşi dau seama foarte exact de acest lucru.

Adesea, subiectului îi este foarte clar şi care este lucrul de care se teme cel mai mult („mă tem că liftul se va prăbuşi şi voi muri“). Chiar dacă acestuia nu-i este

chiar foarte clar ce se poate întâmpla, el îşi dă totuşi seama, în mare, care este situaţia care îl

sperie (liftul, metroul etc.) şi, din acest motiv, asemenea fobii sunt mai uşor de abordat sub aspect terapeutic.

Claustrofobia

Teama de a se afla în anumite locuri: ascensoare, tunele, camere mici, clădiri înalte, poduri etc. se înscrie în categoria mare a claustrofobiei.

Oamenii pot trăi în mod diferit claustorfobia: unii nu pot suporta să se afle în situaţia respectivă, în timp ce alţii intră în panică numai atunci când se gândesc la acea situaţie.

Persoana este cuprinsă de panică atunci când se află în spaţii închise, de mici dimensiuni, trăind senzaţia că este strivită sau prinsă ca într-o capacană. De regulă, atacurile anxioase ale claustrofobicilor se caracterizează prin presiune în zona toracelui, ceea ce face ca respiraţia să fie dificilă şi subiectul se teme că se va sufoca. Mulţi claustrofobiei nu se simt bine în camerele în care nu pot deschide fereastra, în încăperi care se află la subsol şi au probleme dacă hainele pe care le poartă sunt prea strâmte.

Deşi unii claustrofobiei îşi pierd uneori autocontrolul, acest lucru se întâmplă destul de rar (extrem de rar se întâmplă ca subiectul să se sufoce sau să leşine cu adevărat).

Persoanele care suferă de fobie de înălţime încep să se teamă imediat ce se află la câţiva metri de la nivelul solului. Reacţia se caracterizează prin senzaţia de ameţeală, sentimentul că subiectul „va cădea", că va fi cumva „absorbit în afară", precum şi senzaţia de irealitate; în afara situaţiilor respective subiecţii se comportă normal. Fobia de înălţime poate îmbracă aspecte foarte diferite, în sensul că unii oameni se tem când se află într-o clădire înaltă, dar nu şi în avion! Unii sunt cuprinşi de teamă doar atunci când se apleacă peste o balustradă, dar pot privi liniştiţi printr-o fereastră închisă.

Există şi unele situaţii când subiectul nu-şi identifică fobia corect. Astfel, cineva poate considera că se teme să folosească liftul, când, de fapt, se teme de înălţime.

Există, de asemenea fobii faţă de diferite condiţii exterioare (de întuneric, de foc, de fulgere, tunete, de căldură, de frig etc.). De pildă, o femeie în vârstă suferea de fobia de căldură, temându-se că va face o congestie cerebrală, fapt ce o făcea să refuze să iasă din casă în lunile de vară.

Fobia de animale sau insecte

Acest gen de fobii se instalează în copilărie şi persistă şi la vârsta adultă. Cele mai frecvente sunt fobiile de câini, pisici, şoareci, şerpi, păsări, păianjeni, albine,

furnici; în cazul acestor fobii, teama se declanşează chiar la simpla vedere a animalului sau chiar a fotografiei acestuia.

Fobiile de a călători cu mijloace de transport: avion, autobuz, tren, metrou implică elemente de claustrofobie, dar uneori ele au la bază o experienţă anterioară psihotraumatizantă, cum ar fi, de exemplu, un accident de circulaţie. Unii subiecţi se tem să conducă maşina, alţii se tem atunci când o altă persoană se află la volan. Reacţiile lor atunci când se află în situaţia respectivă constau în gânduri negre referitoare la dezastre posibile, stare de irascibilitate şi nervozitate şi reacţii psihosomaatice, cum ar fi greaţă sau vomă.

Fobia de boli sau de proceduri medicale

Există persoane care se tem de o boală anume, cum ar fi cancerul, S.I.D.A., bolile venerice, rabia sau bolile cardiace (infarct miocardic). Aceşti subiecţi devin foarte atenţi la orice modificare corporală care ar putea reprezenta un semn al bolii de care se tem. Aceste fobii se deosebesc de hipocondrie pentru că se referă doar la o anumită boală specifică şi nu la mai multe. În spatele acestor fobii se ascunde uneori teama de moarte, dar de cele mai multe ori este vorba de teama de durere fizică, de a deveni infirm şi neajutorat sau teama de diformităţi fizice.

Unii subiecţi prezintă fobie la injecţii, la intervenţii chirurgicale, la explorări funcţionale, analize sau la sânge. Nu de puţine ori astfel de subiecţi leşină atunci când se află într-un cabinet medical.

Fobii cu caracter neobişnuit

Psihologii clinicieni sunt de părere că aproape orice obiect sau situaţie poate declanşa o fobie. Astfel, am tratat cândva un tânăr care suferea de fobie de pene sau fulgi de pasăre.

În literatură se citează cazuri de fobie de flori, copaci, de a scrie, de baloane, de luminile traficului, de a se privi în oglindă etc.

Interesant este faptul că persoanele care suferă de fobii de obiecte sau situaţii pot fi, altfel, persoane puternice, independente şi creative. Faptul că cineva suferă de fobia de înălţime, de pisici sau injecţii nu înseamnă că persoana respectivă este bolnavă psihic.

Literatura de specialitate citează cazuri de personalităţi marcante ale vieţii culturale sau politice care au suferit de fobii diverse. Astfel, Spencer Tracy suferea de fobia de zbor cu avionul, Albert Camus avea fobia de a conduce maşina, Sigmund Freud fobia de a călători, iar Edgar Hoover (directorul F.B.I.), în urma unui accident rutier minor, a căpătat fobia de a sta pe scaunul din stânga al autoturismului (Fensterheim şi Jean Baer, 1977).

Simptomatologia tulburărilor fobice

Lang (1968) distinge:

1. Simptome fiziologice: tahicardie, transpirații, tremor, respirație accelerată, tensiune sau, dimpotrivă, slăbiciune musculară, furnicături în stomac, senzație de greață, senzație de sufocare etc. Mai ales în agorafobie aceste simptome se asociază cu atacurile de panică (Barlow și Craske, 1988).

2. Simptome comportamentale: senzația că subiectul este „stană de piatră" sau tendința de fugă.

3. Simptomele subiective variază de la subiect la subiect și includ gânduri de tipul: „ar fi putut să mă ucidă", „oamenii sunt extrem de lipsiți de grijă" și stări afective ca jenă, rușine, teamă și furie.

Simptomele fiziologice, comportamentale și subiective pot sau nu să fie asociate.

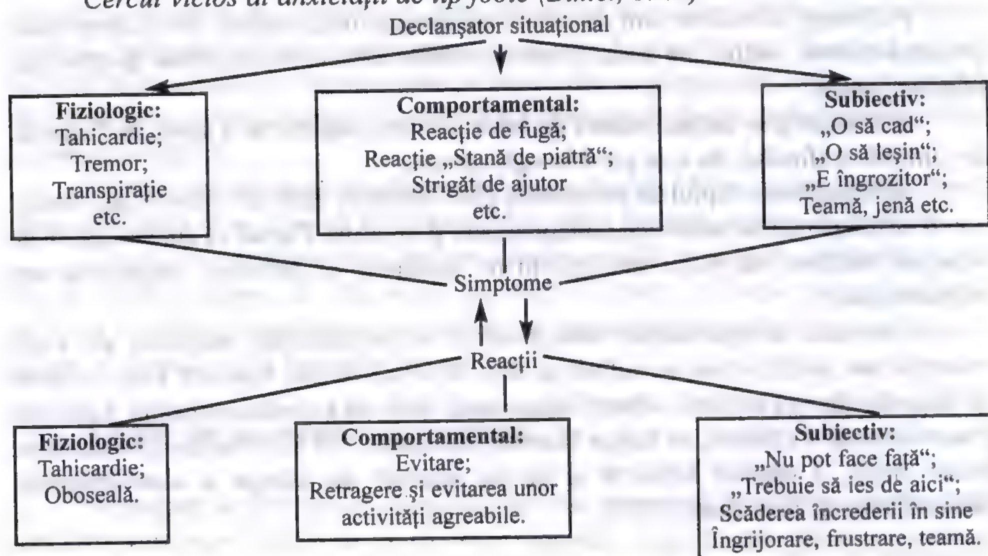
Prin definiție, **fobia** reprezintă o frică disproporționată față de sursa care o produce, iar reacțiile – cum ar fi grija exagerată sau reacția de evitare – sunt inadecvate.

Fobicii reacționează deci în plan fiziologic, comportamental și subiectiv și aceste reacții împiedică dispariția simptomelor. Mai exact, reacțiile mențin problema pentru că sporesc starea afectivă negativă inițială și, chiar mai mult, produc noi simptome, cum ar fi anxietatea anticipativă, aprehensiunea unui pericol și frustrarea.

Reacțiile subiective includ gânduri de tipul: „O să-mi pierd controlul"; „O să leșin"; „Tremur și toată lumea va observa" etc.

În cazul fobiilor persistente care perturbă activitatea cotidiană, subiectul poate dezvolta și o reacție depresivă.

Cercul vicios al anxietății de tip fobic (Butler, 1989)



Evitarea menţine anxietatea pentru că subiectul nu mai învaţă că obiectul sau situaţia care îl sperie nu sunt deloc sau nu sunt atât de periculoase pe cât îşi închipuie. Alţi factori importanţi care întăresc simptomele sunt gândurile negative în legătură cu menţinerea anxietăţii („O să leşin"; „Ceva e în neregulă cu mine") sau în legătură cu anticiparea consecinţelor confruntării cu situaţia fobică („O să mă muşte", „Nimeni nu o să vorbească cu mine" etc.).

Factorii externi, cum ar fi acţiunile celorlalţi care fac anumite lucruri în locul pacienţilor pentru a-i scuti de confruntarea cu stimulii anxiogeni, menţin, la rândul lor, fobia.

În absenţa tratamentului este necesară identificarea exactă a acelor factori (condiţii) care menţin simptomul.

Bazele teoretice ale terapiei cognitiv-comportamentale în cazul comportamentului fobic

Psihoterapia cognitiv-comportamentală a fobiilor îşi are originea în lucrările lui Wolpe (1958) referitoare la desensibilizarea sistematică şi se bazează pe supoziţia că atât comportamentul normal, cât şi cel anormal sunt învăţate. Deci, dacă un comportament este învăţat, el poate fi şi dezvăţat.

Această dezvăţare se realizează prin metoda expunerii progresive la stimulii care produc teama (cu alte cuvinte, subiectul, în loc să evite situaţiile anxiogene, se confruntă cu ele în mod gradat). Astfel, subiectul se convinge că situaţia nu e chiar atât de periculoasă.

Expunerea sparge cerul vicios care menţine simptomul şi facilitează învăţarea noului comportament.

Problema principală a terapeutului este să-l ajute pe pacient să intre în situaţii care, pentru el, sunt dezagreabile şi îi produc teamă.

Expunerea este definită ca situaţia în cadrul căreia subiectul se confruntă cu un stimul pe care îl evita înainte pentru că îi producea teamă.

Cercetările întreprinse de Marks, 1981, Emmelkamp, 1982, Mathews, Gelder şi Johnston, 1981, au demonstrat că, pentru a fi eficientă, expunerea trebuie să fie:

- gradată;
- repetată;
- prelungită;
- sarcinile practice trebuie să fie clar precizate.

Aceasta înseamnă că pacientul trebuie să identifice cu precizie toate situaţiile pe care le evită şi să le ordoneze conform unei ierarhii gradate. Prima sarcină trebuie să fie suficient de facilă pentru a fi sigur că pacientul o va îndeplini, dar, în acelaşi timp, suficient de dificilă pentru a-i provoca oareacare anxietate.

O sarcină trebuie repetată frecvent şi cu regularitate până ce va provoca foarte puţină anxietate sau nu va mai provoca deloc anxietate. Abia după aceasta se poate trece la o nouă sarcină de pe listă.

Exemplu: un pacient cu fobie de păianjeni poate începe prin a examina un păianjen mort aflat într-un borcănel de sticlă. Apoi se poate trece la o sarcină mai dificilă ca, de plidă, să țină în mână un păianjen mort.

Cu cât fobia este mai complexă, cu atât tratamentul va dura mai mult.

De regulă, terapia durează în medie 8 ședințe, după care se consideră că pacientul a învățat suficient pentru a practica singur metoda cu un ajutor minimal.

În toate cazurile pacienții trebuie învățați să treacă la o nouă sarcină imediate s-au acomodat cu cea anterioară (anxietatea s-a redus). Sarcinile anterioare mai trebuie repetate ocazional pe parcurs și încorporate, pe cât posibil, în viața cotidiană.

Interviul clinic

Începe la prima ședință și se continuă pe parcursul tratamentului pentru a furniza informații în legătură cu o strategie eficientă și flexibilă.

Interviul de evaluare are 3 obiective (Butler, 1989):

(1) să determine natura exactă a fobiei și în ce măsură tratamentul este potrivit;

(2) să definească scopurile tratamentului;

(3) să evalueze nivelul corect al anxietății de tip fobic.

Mulți pacienți vorbesc cu dificultate despre fobiile lor pentru că:

- acestea le trezesc anxietatea;
- pentru că vizita la terapeut îi face să se confrunte cu situații anxiogene reale (a merge la clinică pentru un agorafobic sau a vorbi cu cineva pentru un subiect cu fobie socială);
- pentru că fobiile lor li se par iraționale sau ridicole.

Severitatea se pune în evidență interogând pacientul cu privire la măsura în care fobia sa îl împiedică să-și desfășoare o existență normală.

Se întreabă în felul acesta:

„Ce anume te împiedică fobia ta să faci?"

„Dacă nu ai avea această fobie ce ai face în mod diferit sau cum ar fi viața ta?"

Nu este absolut necesară istoria detaliată a instalării comportamentului fobic, ci este mult mai important să fie cunoscuți factorii care îl mențin.

De asemenea, sunt importanți factorii de natură cognitivă:

- gândurile cu privire la situațiile considerate periculoase, îndoielile cu privire la eficiența tratamentului sau cu privire la posibilitatea pacientului de a-l urma;
- interviul trebuie să pună în evidență și dacă mai apar alte simptome, cum ar fi anxietatea generalizată sau depresia;
- este important de știut dacă pentru pacient este mai comod să trăiască cu fobia sa, decât să lupte împotriva ei.

Întrebarea potrivită în acest caz este următoarea: „Dacă scapi de fobia ta, ce probleme vei mai avea?".

Terapeutul trebuie să se informeze şi cu privire la strategiile adaptative pe care le-a folosit înainte pacientul, pentru că unele din acestea pot avea un caracter adaptativ şi pot fi încorporate în cadrul tratamentului. (De exemplu, pacientul obişnuieşte să se gândească la altceva pentru a-şi calma anxietatea.)

Frecvent, tabloul clinic se complică în cazul abuzului de alcool şi tranchilizante, care sunt dificil de abandonat pentru că au efecte benefice pentru moment, dar produc dependenţă în perspectivă. Din acest motiv pacientul trebuie să achiziţioneze strategii adaptative mai eficiente şi fără efecte nocive.

Resursele pacienţilor vor reprezenta un factor important în evoluţia tratamentului. Aceste resurse pot fi:

- tendinţa de a aborda situaţii dificile;
- hobby-uri diverse;
- aspecte ale existenţei neafectate de comportamentul fobic;
- existenţa unor rude sau prieteni care să-l ajute;
- particularităţi ale personalităţii, cum ar fi perseverenţa şi simţul umorului.

Aceşti factori pot fi uşor identificaţi dacă întrebăm pacientul cum a făcut faţă fobiei sale în trecut.

Indicaţii nozografice

Majoritatea fobiilor se ameliorează semnificativ în urma tratamentului.

Pacienţii cu depresii severe sau cei dependenţi de alcool nu vor fi complezenţi la tratament decât dacă au primit înainte un tratament corespunzător, de regulă psihiatric.

De asemenea, subiecţii cu tulburări de personalitate ridică alt gen de probleme: fluctuaţii ale motivaţiei, dependenţă exagerată sau ostilitate faţă de terapeut. Pentru aceştia tratamentul durează mai mult.

Determinarea obiectivelor terapiei

Deşi obiectivul general al terapiei este evident, este important să se discute cu pacientul obiectivele specifice, deoarece acestea pot să nu corespundă cu cele ale terapeutului.

De exemplu, un obiectiv al pacientului care nu concordă cu al terapeutului îl reprezintă aşteptarea unor miracole (un pacient cu fobie socială îşi poate dori să nu mai simtă niciodată anxietate în situaţii sociale!).

Acordul între pacient şi terapeut în privinţa scopurilor terapiei este absolut necesar pentru ca pacientul să se angajeze plenar în tratament.

Evaluarea comportamentului fobic

Evaluările sunt importante pentru că ne aduc informaţii cu privire la progresele din cursul tratamentului, ceea ce serveşte la planificarea, în continuare, a demersului terapeutic.

Cel mai frecvent se utilizează drept măsură a comportamentului fobic scalele ierarhice gradate şi testele de comportament.

O scală gradată reprezintă o listă a situaţiilor fobice care se utilizează pentru a realiza expuneri gradate.

Fiecare item este evaluat de pacient pe o scală gradată de la 0 la 10 (sau de la 0 la 100), în funcţie de nivelul anxietăţii pe care îl produce. Construirea unei astfel de ierarhii este mai dificilă în practică decât în teorie pentru că nu totdeauna este uşor să gradezi fricile pe o scală cu trepte mici.

Prezentăm mai jos ierarhizarea situaţiilor anxiogene pentru fobia de înălţime (Butler, 1989):

	Scor
1. Să priveşti pe fereastră de la jumătatea palierului.	5
2. Să priveşti de la etajul I pe fereastra închisă.	7
3. Să priveşti de la etajul I pe fereastra deschisă.	10
4. Să priveşti pe fereastra apartamentului unor prieteni de la etajul II.	10-20
5. Să priveşti pe fereastra biroului situat la etajul V.	30-40
6. Să te urci pe o scară pentru a schimba un bec.	40
7. Să mergi pe un pod înalt în apropierea parapetului.	50
8. Să mergi pe o cărare printre prăpăstii.	80
9. Să conduci pe o şosea muntoasă cu serpentine.	90
10. Să mergi cu telecabina.	95
11. Să cinezi în turnul Eiffel.	100

Sarcinile comportamentale

Un test comportamental constă în a face o acţiune care, de regulă, este evitată, notând nivelul anxietăţii tot pe o scală de la 0 la 100.

Prezintă avantajul că se poate evalua separat anxietatea anticipatorie şi durata anxietăţii-simptom în timpul realizării acţiunii. Dezavantajul acestei tehnici constă în aceea că expunerea efectivă are, prin ea însăşi, rol terapeutic, fapt ce modifică evaluarea şi, din acest motiv, testele comportamentale nu pot fi aplicate prea frecvent în scop evaluativ.

Automonitorizarea

Ajută pacientul să-şi autoevalueze progresele în cursul terapiei, cât şi în cadrul temelor pentru acasă.

Jurnalul unui pacient agorafobic (Butler, 1989)

Numele: Ana M. Data: 12.I.1997
Vârsta: 32 ani
Ocupaţia: casnică
Sarcină: Să merg în fiecare zi la cumpărături în apropiere. Să merg în oraş o dată, dacă este posibil.

	Sarcini zilnice	*Anx. anticipatorie*	*Anx. actuală*	*Tremorul picioarelor*	*Medica-mente*
1.	Să merg până la poştă în apropiere.	4	2	+	0
2.	Mers la cumpărături la un magazin mai îndepărtat; întoarcere cu autobuzul.	5	2	0	0
3.	Mers cu autobuzul în oraşulcel mai apropiat şi retur. (Am trăit o panică teribilă!)	5	7	++	0
4.	M-am simţit îngrozitor. Am stat acasă. Am luat o pastilă. Am mers la alimentara 10 minute.	6	4	+	1
5.	Am mers cu autobuzul în oraşul vecin împreună cu N. (2 ore).	6	3	0	0

De dată mai recentă sunt evaluările de tip cognitivist, şi anume gândurile negative sau predicţiile în legătură cu ce crede că se va întâmpla dacă va fi în situaţia X. De pildă, anxietatea mea va creşte la 7, pe o scală de la 0 la 10, şi nu voi fi capabil să rămân acolo mai mult de un minut.

Subiectul trebuie interogat şi după ce s-a confruntat cu situaţia propriu-zisă, pentru a vedea dacă expectanţele sale s-au confirmat, pentru că aceste expectaţii au un caracter catastrofizant („O să leşin"; „Toţi vor râde de mine"; „Am să înnebunesc").

Psihoterapia propriu-zisă (Butler, 1989)

La începutul terapiei trebuie să li se explice pacienţilor modul în care se formează simptomele şi cum se stabilizează cercul vicios. Astfel, unui pacient agorafobic i-a fost prea cald şi i s-a făcut rău în metroul care îl ducea la serviciu; în ziua următoare, când s-a urcat în metrou a fost cuprins de teama să nu i se facă rău din nou. A început să evite mersul cu metroul şi reacţia de evitare a contribuit la fixarea anxietăţii. Treptat, el a început să dezvolte anxietate anticipativă şi şi-a

convins soţia (soţul) să-l ducă la serviciu cu maşina (anxietate anticipativă → reacţie de evitare şi feedback).

În felul acesta, comportamentul celorlalţi menţine reacţia de evitare a pacientului. I se explică pacientului că scopul tratamentului este spargerea cercului vicios.

Şedinţele de psihoterapie trebuie însoţite, de fiecare dată, de teme pentru acasă. Doar pacientul este cel care trece de la o treaptă la alta, iar terapeutul trebuie să-i reamintească faptul că, la început, se va înregistra o creştere a anxietăţii, iar pentru succesul terapiei este nevoie de perseverenţă şi curaj. Terapeutul trebuie, de asemenea, să adreseze încurajări pacientului.

În practică nu este atât de simplu să realizezi o expunere gradată şi, din acest motiv, este nevoie de multă creativitate din partea terapeutului şi a pacientului.

1. Dacă fobia este clar delimitată (de exemplu: fobie de animale sau de o anumită boală), se pot utiliza diverse forme de comunicare: pacientul va fi solicitat să citească, să scrie sau să vorbească despre problema respectivă.

2. O altă strategie constă în a identifica factorii care tind să modereze nivelul anxietăţii trăite (de exemplu, trăirea unei situaţii sociale poate avea grade diferite de dificultate în funcţie de numărul de persoane prezente, vârstă, sex şi grad de autoritate în raport cu pacientul sau în funcţie de factori situaţionali, cum ar fi gradul de formalism al situaţiei, momentul din zi sau alte condiţii ale ambianţei).

Practica expunerii progresive nu este numai anxiogenă, ci şi plicticoasă. O varietate mai largă de sarcini sporeşte motivaţia, încrederea, cât şi probabilitatea ca progresele – în ceea ce priveşte un aspect al fobiei – să se generalizeze şi la alte aspecte.

Terapeutul trebuie să-l ghideze pe pacient să găsească modalitatea de a se apropia de stimulii anxiogeni şi să depăşească manevrele subtile de evitare a acestora („Mai bine stau azi acasă pentru că poate veni instalatorul“). În astfel de situaţii trebuie să-şi exprime clar punctul de vedere: „Fii atent la trăirile tale! Nu vezi că de fapt eviţi să faci un anumit lucru? Mai bine încearcă să te gândeşti cum ai putea să faci ceea ce ţi se cere“.

1. Sarcinile nu pot fi totdeauna clar specificate de la început, repetate sau gradate identic pentru că situaţiile fobice sunt variate şi uneori imprevizibile (nu putem şti totdeauna cine va veni la o petrecere).

O modalitate de a depăşi această situaţie constă în a nu menţine o ierarhie rigidă şi în a practica o varietate de sarcini în aceeaşi săptămână. Aceasta le dă pacienţilor posibilitatea să opteze pentru exersarea anumitor situaţii asupra cărora ei pot exercita un autocontrol minimal, cum ar fi, de pildă, să pună întrebări, să asculte cu atenţie sau să utilizeze semnale de comunicare nonverbală (pentru fobie socială).

2. Unele situaţii, cum ar fi adresarea unei cereri sau semnarea unui cec, nu pot fi prelungite, pentru că pacientul nu poate rămâne în situaţie până ce anxietatea se reduce. Cu toate acestea, astfel de situaţii pot fi utile ca sarcini de expunere datorită efectelor cognitive: neconfirmarea expectaţiilor pacientului că va fi rejectat sau că va părea ridicol.

3. Mulţi pacienţi fobici afirmă că au încercat propria lor variantă de expunere la stimuli anxiogeni, dar fără succes.

Trebuie să li se explice faptul că una din cauzele eşecului a constat în aceea că ei nu au fost pe deplin implicaţi în situaţie (un fel de neatenţie datorată anxietăţii excesive).

Pacienţilor trebuie să li atragă atenţia că e absolut necesar să se gândească la ceea ce fac atunci când realizează exerciţiile propuse.

Deşi terapia trebuie adaptată specificului pacientului, de regulă, fobicii sunt trataţi individual în şedinţe de 45 de minute, în care se trec în revistă progresele şi se planifică sarcinile de expunere progresivă, care se realizează în afara şedinţelor.

Antrenarea în terapie a unui prieten sau rudă care să încurajeze motivarea sau să sfătuiască pacientul s-a dovedit o metodă bună pentru agorafobiei (Mathews şi alţii, 1981).

Rezultate pozitive şi durabile au fost obţinute în aproximativ cinci şedinţe de psihoterapie.

a) Expunerea reală („in vivo")

Un obiectiv major al tratamentului este să furnizeze pacientului încrederea că poate face faţă unor situaţii pe care înainte le evita. Din acest motiv se pune un accent deosebit pe temele pentru acasă. Cu toate acestea, s-a dovedit util şi ca terapeutul să însoţească pacientul în momentul expunerii. Acest fapt contribuie la reducerea anxietăţii şi contribuie la parcurgerea mai rapidă a ierehiei stimulilor anxiogeni.

Pericolul constă în aceea că pacientul se va baza mai mult pe terapeut decât pe sine însuşi. Din acest motiv, pacientul este sfătuit să lucreze şi independent şi să renunţe să mai fie însoţit de terapeut înainte de încheierea tratamentului.

Terapeutul poate grada expunerea „in vivo" împreună cu pacientul: la început îl poate însoţi într-o călătorie cu metroul, apoi poate călători în vagonul vecin şi în cele din urmă îl poate aştepta la sosire în staţie.

b) Expunerea în plan imaginativ

În unele cazuri, cum ar fi, de pildă, fobia de zbor cu avionul, este dificil de organizat expuneri „in vivo". În astfel de cazuri, clientul va învăţa o tehnică de relaxare sau de autohipnoză şi, după ce o va stăpâni foarte bine, se va confrunta în plan mental cu diverse situaţii anxiogene, a căror ierarhie a fost stabilită în prealabil împreună cu terapeutul.

c) Terapia de grup

Asemănările dintre diferiţi pacienţi fobici îi fac pe aceştia potriviţi şi pentru terapia de grup. Membrii grupului sunt adesea capabili să-şi împărtăşească unul altuia ideile despre strategiile de a face faţă situaţiilor anxiogene.

Expunerea în grup se poate realiza sub forma unei ieşiri colective la cumpărături, pacienţii deplasându-se individual sau în perechi în conformitate cu nevoile lor.

Se recomandă trei şedinţe pe săptămână, fiecare şedinţă durând o jumătate de zi, acestea fiind suficiente pentru a obţine un progres vizibil pentru ca pacienţii să dorească să lucreze în continuare singuri, cu sprijin minimal.

Strategii utilizate de subiecţi pentru a face faţă existenţei, în ciuda fobiilor lor

Marea majoritate a subiecţilor care suferă de asemenea probleme reuşesc să-şi aranjeze astfel viaţa încât să facă faţă acesteia, deşi suferă de fobia respectivă.

De pildă, Marina, o femeie atrăgătoare, de aproximativ 40 de ani, patroana unei edituri, suferea de fobie de înălţime, a cărei origine nu o cunoştea. Ea spunea adesea că şi-a petrecut copilăria într-un orăşel de provincie şi că nu este obişnuită cu blocuri înalte. Firma la care este patroană se află la etajul 4 al unui bloc, iar ea şi-a aranjat astfel biroul încât să nu poată privi pe fereastră, care rămâne în permanenţă cu draperiile trase, încăperea fiind iluminată artificial. Marina are mari probleme când trebuie să meargă la „Casa Presei Libere" sau la vreo bancă aflată într-o clădire înaltă. Ea este cuprinsă de panică mai ales dacă încăperile au geamurile mari. Dacă merge în concediu sau în delegaţie, alege totdeauna o cameră care se află la etajul I.

Recent, Marina a fost invitată în Statele Unite, în oraşul New York, unde a avut mari probleme cu camera de hotel şi mai ales cu o recepţie care a avut loc pe terasa unui „zgârie-nori". Deşi dorea din tot sufletul să întâlnească o anumită persoană care putea sponsoriza editura pe care o conducea, Marina nu a fost capabilă să rămână la recepţie mai mult de 10 minute, pentru că se simţea ameţită, mâinile îi transpirau şi avea senzaţia că se prăbuşeşte.

Această pacientă obişnuia să utilizeze următoarele strategii adaptative:

1. Strategia creativă de evitare a situaţiilor anxiogene.

Deoarece pacienta avea o orientare activă în raport cu existenţa, ea izbutea să se descurce astfel încât să evite să ajungă la etajele superioare ale unor clădiri: făcea rezervări la etajul I al unor hoteluri, organiza întâlniri în restaurante sau cafenele care se află la parter, evita să viziteze prietenii care stăteau la etajul 9 sau 10.

2. Abordarea directă a situaţiei care produce fobia. Atunci când se află în imposibilitatea de a evita să urce la etajele superioare ale unei clădiri, Marina găsea metode de a-şi minimiliza teama: ruga pe cineva s-o însoţească, utiliza alcool sau tranchilizante.

3. Activarea relaţiei disconfort-dorinţă.

Atunci când motivaţia este puternică, unii subiecţi de acest tip pot face o excepţie, depăşind disconfortul şi expunându-se situaţiei anxiogene. De exemplu,

Marina a reuşit să urce la ultimul etaj al Spitalului Municipal atunci când mama ei se afla acolo.

Înainte de a începe terapia, este de dorit ca subiectul să-şi analizeze propriul model de comportament de evitare şi de a face faţă fobiei sale, răspunzându-şi la următoarele întrebări:

• Ce acţiuni specifice aţi întreprins sau întreprindeţi pentru a minimaliza expunerea la situaţiile care vă sperie?

• Atunci când vă aflaţi deja în situaţia respectivă ce anume faceţi pentru a vă simţi mai bine? Recurgeţi cumva la strategii de „fugă", cum ar fi alcoolul sau medicamentele?

• În ce condiţii sunteţi capabil să vă depăşiţi teama şi să vă expuneţi situaţiei care vă sperie?

Mulţi oameni sunt conştienţi de natura fobiilor lor: au rămas în copilărie blocaţi în lift, au fost muşcaţi de câini sau au scăpat cu viaţă dintr-un incendiu. Cu toate acestea, terapeuţii comportamentalişti sunt de părere că tratamentul poate fi încununat de succes şi în cazul în care natura exactă a fobiei rămâne necunoscută.

Mai mult, aceşti terapeuţi consideră că, în unele cazuri, cunoaşterea cauzei declanşatoare a fobiei poate chiar s-o amplifice, deoarece subiectul evocă mereu în minte trauma la care a fost expus.

Psihoterapia fobiei de obiecte şi situaţii concrete

Studiile au arătat că metoda desensibilizării sistematice dă rezultate în acest tip de fobii în proprorţie de 80 – 90% din cazuri (Fensterheim şi Jean Baer, 1977).

Desensibilizarea sistematică „in vivo" (în realitate)

Este mai indicat, atunci când acest lucru este posibil, să se înceapă cu exerciţiile reale de desensiblizare pentru fobiile de obiecte şi situaţii. Acestea sunt atât de concrete încât este relativ facil de elaborat o ierarhie a situaţiilor anxiogene. În acelaşi timp, expunerea efectivă la situaţiile care îl sperie pe subiect elimină o etapă a terapiei, pentru că în cazul în care se începe cu desensibilizarea în plan imaginativ se trece apoi la desensibilizarea în viaţa reală. Mai mult, stăpânirea unei situaţii reale îi conferă subiectului o satisfacţie mai mare şi mai multă încredere în sine.

Pentru a realiza o ierarhie corectă a situaţiilor anxiogene este indicat ca terapeutul să cunoască bine zonele în care se mişcă pacientul pentru a alege, pentru început, situaţii mai uşoare la care să se realizeze expunerea.

Mihai, preparator la o catedră universitară, suferea de fobie de înălţime. Reacţiile sale de panică începeau chiar de la etajul trei al unui bloc, acesta având senzaţia că va cădea.

La începutul terapiei i s-a recomandat să urce la etajul trei şi să rămână un timp acolo, terapeutul indicându-i se aleagă un bloc fără ferestre în zona scărilor;

într-o etapă mai avansată i s-a cerut să rămână la etajul trei lângă fereastră şi să se relaxeze până când tensiunea dispare. Apoi el a avut sarcina să stea la etajul 5 lângă o fereastră deschisă, relaxându-se până la reducerea anxietăţii. Treptat, el a practicat aceleaşi sarcini la etajele 7, 8, 9 şi 10, până când a reuşit să se elibereze de fobia sa.

În desensibilizarea reală se utilizează frecvent şi materiale auxiliare vizuale (poze cu câini, şerpi, păianjeni etc.), acestea putând fi intercalate în cadrul ierarhiei de stimuli la care trebuie să se expună subiectul.

De asemenea, în cadrul acestui tip de desensiblizare se recomandă pacientului să facă apel la rude sau prieteni, care să-l susţină pe parcursul tratamentului.

Aceştia pot ajuta la eficienţa tratamentului în următoarele moduri:

- pot contribui la procurarea unor obiecte de care pacientul se teme şi cu ajutorul cărora acesta va realiza exerciţiile de desensibilizare (poze cu şerpi, ace de seringă etc.);

- pot acompania pacientul în timpul exerciţiilor de expunere sistematică la situaţiile de care se teme (de pildă, pot merge cu metroul împreună cu acesta);

- pot încuraja pacientul realizând aprecieri pozitive în legătură cu modul în care acesta a depăşit o etapă sau alta a terapiei.

Dezavantajul tehnicii desensibilizării „in vivo" constă mai ales în faptul că aceasta consumă prea mult timp şi este costisitoare sub aspect financiar; uneori expunerea este chiar imposibilă (de pildă, nu putem „face rost" de tunete şi fulgere atunci când dorim să desensibilizăm pe cineva de astfel de fobie.) De asemenea, unii autori au arătat că, pentru unii subiecţi, această tehnică este prea anxiogenă, producând uneori reacţii paradoxale.

Desensiblizarea în plan imaginativ

Acest tip de desensibilizare are avantajul că subiectul poate reproduce mental orice situaţie doreşte. Astfel, dacă acesta are fobia de a călători cu avionul, el nu va fi nevoit „să exerseze", să călătorească efectiv, cheltuind o mulţime de bani.

Mai mult, în situaţiile imaginare subiectul se pregăteşte pentru o situaţie reală, cu care nu se poate confrunta în mod frecvent.

Expunerea în plan imaginativ trebuie să fie tot gradată, ca şi expunerea reală, iar cele două strategii trebuie combinate, pe cât posibil.

Un pacient cu fobie de zbor cu avionul trebuie să repete secvenţa de zbor în imaginaţie, dar el va avea de câştigat dacă va vorbi şi va citi despre zborul cu avionul, va face vizite la aeroport şi, bineînţeles, dacă va putea efectua o călătorie cu avionul.

Expunerea în plan imaginativ este relativ dificil de realizat de pacient singur, acesta trebuind să fie ghidat de terapeut.

Procedura standard constă în a solicita pacientul să-şi imagineze, în stare de relaxare, unul din itemii ierarhiei de stimuli anxiogeni. Pacientul trebuie să realizeze

o imagine suficient de vie pentru a-i produce anxietate, să-şi imagineze respectiva situaţie cu cât mai multe detalii până când anxietatea dispare.

Itemii trebuie repetaţi în plan imaginativ până când provoacă puţină anxietate şi abia atunci se poate trece la itemul următor.

Metoda combinată (desensibilizarea în plan imaginativ şi apoi în realitate)

1. Elaboraţi ierarhia de situaţii care vă produc teamă, de la cea mai puţin anxiogenă până la cea mai anxiogenă.

Vă veţi antrena pentru a vă familiariza cu ele întâi în plan imaginativ şi apoi în plan real.

2. Dacă în lista cu situaţii tot mai anxiogene există unele goluri, respectiv există situaţii pe care nu le puteţi găsi uşor în realitate, uilizaţi scene imaginare.

Astfel, dacă un subiect suferă de fobia de a călători cu mijloacele de transport în comun, el poate exersa în plan real călătoria cu autobuzul sau metroul, dar îi va fi ceva mai greu să exerseze călătorii cu trenul şi, mai ales, cu avionul.

3. Exersaţi fiecare item din ierarhie întâi în imaginaţie şi abia după ce anxietatea dispare atunci când se realizează evocarea în plan mental a expunerii la situaţiile care vă sperie, treceţi la abordarea lor în plan real.

Exerciţiile de desensibilizare în plan real trebuie să se situeze cu 2 – 3 trepte în urma celor realizate la nivel de antrenament mental. Dacă subiectul are dificultăţi să realizeze expunerea reală, el trebuie să reia situaţia respectivă şi să lucreze mai mult asupra ei în imaginaţie.

Terapeutul trebuie să aibă în vedere următorii factori care afectează progresul terapiei:

a) Factori care au avut influenţă în trecut:

- criticile frecvente;
- şocurile emoţionale (subiectul era cât pe ce să cadă de pe o stâncă).

Atâta timp cât evenimentele trecute nu afectează îndeplinirea sarcinilor prezente, ele pot fi ignorate (poate merge la magazin pentru cumpărături.)

Problemele trecute menţin focalizarea pe simptom şi reduc şansele de reuşită; în astfel de cazuri terapeutul trebuie să pună accentul în discuţiile cu pacientul pe succesele acestuia şi să sublinieze aspectele pozitive ale diverselor situaţii.

Este, de asemenea, util să ceară pacientului să scrie despre succesele sale.

b) Factori care afectează starea prezentă:

- hipervigilenţa: anxioşii au un prag scăzut de percepere a ameninţării. Hipervigilenţa este neproductivă şi menţine simptomul (un subiect cu fobie de zbor cu avionul va detecta toate ştirile referitoare la catastrofele aeriene), în astfel de cazuri este utilă relaxarea sau o tehnică de distragere;
- interpretările greşite: anxioşii au tendinţa de a interpreta evenimentele, mai ales cele ambigue, într-un mod ameninţător (Butler şi Mathews, 1983). De pildă, când un agorafobic simte că i se moaie picioarele, el crede că va leşina sau când un

prieten nu-i răspunde la telefon, un subiect cu fobie socială consideră că a fost respins.

În asemenea situații, aceste interpretări trebuie identificate și găsite explicații alternative, care urmează să fie testate în timpul expunerii.

Astfel, o agorafobică nu mai simte că i se moaie picioarele când vorbește cu o prietenă. Deci ea poate ajunge la concluzia că această senzație este mai curând un semn de anxietate decât un indicator că își va pierde cunoștința.

Este important ca pacienții să ajungă să-și găsească singuri explicații alternative pentru a învăța cum se realizează acest lucru, deși în fazele inițiale ale psihoterapiei e bine ca terapeutul să ofere sugestii.

c) Factori care afectează starea viitoare:

Pacienții fobiei prezintă frecvent modele de gândire produse de anxietatea anticipatorie: „Nu numai că voi rămâne închis în lift, dar nu se va găsi nici o persoană care să mă scoată".

Acest model cognitiv afectează și evoluția terapiei: „Nu numai că tratamentul va fi dificil, dar nici măcar nu mă va ajuta".

Factorul perturbator trebuie identificat, formulat în termenii pacientului și destructurat prin intermediul testării în sfera comportamentală.

Aspecte cognitive specifice fobiilor

Mai ales fobiile sociale implică numeroase elemente cognitive, respectiv gânduri legate de faptul că subiectul este criticat, evaluat, rejectat.

În cazul agorafobiei apar mai ales gânduri legate de faptul că subiectul va leșina sau că își va pierde autocontrolul. Se pun pacientului întrebări de tipul: „Când te simți speriat, la ce te gândești?"; „Care este cel mai rău lucru care crezi că se poate întâmpla?".

Nu întotdeauna este indicată expunerea la situația cu aspectul cel mai negativ. În cazul unui pacient cu fobie socială, expunerea la o evaluare negativă este dificil de aranjat și traumatizantă.

Mai utilă este găsirea unei situații în cadrul căreia poate apărea o evaluare negativă a subiectului, dar în cadrul căreia frica de cel mai rău lucru care se poate întâmpla să fie infirmată.

Factorii cognitivi pot împiedica pacientul și să se implice în tratament, nu numai să întârzie evoluția acestuia.

Metode adiționale de tratament

Tehnici privind controlul anxietății.

În general, pentru a fi eficiente, tehnicile de expunere trebuie să producă anxietate. Cu toate acestea, reducerea anxietății în anumite limite contribuie la formarea deprinderilor de autocontrol la pacienții fobiei.

Pacienții care își pot controla până la un anumit nivel simptomul vor progresa mai rapid în ierarhia stimulilor tot mai anxiogeni, vor fi mai capabili să facă față anxietății anticipatorii și să aplice deprinderile achiziționate când se vor simți anxioși în viitor. Aceste metode sunt:

a) Relaxarea – se potrivește cu precădere pacienților cu simptome somatice ale anxietății (dar nu numai acestora);

b) Încordarea dirijată este recomandată mai ales subiecților cu fobie de sânge, care înregistrează un model particular de simptome. Inițial se înregistrează o creștere a tensiunii arteriale, urmate de o scădere rapidă, care se încheie frecvent cu leșin.

În astfel de situații, o încordare voluntară a mușchilor brațelor, picioarelor și toracelui va preveni căderea de tensiune și leșinul.

Ost și Sterner (1987) propun următoarea schemă de tratament: la început, subiecții învață prin metoda modelării și prin practică să-și încordeze voluntar musculatura pentru 10-15 secunde și apoi să revină la starea normală. Apoi ei sunt expuși gradat la o serie de stimuli: pot urmări accidente unde se vede sânge. Ei sunt învățați să detecteze primele semne de scădere a tensiunii și să le oprească prin intermediul încordării musculare.

c) Tehnica distragerii. A acorda atenție simptomelor produse de anxietate nu face decât să perpetueze cercul vicios. Distragerea poate inversa acest proces.

Tehnica este utilă ca strategie pe termen scurt, dar este nefolositoare pe termen lung, mai ales când subiectul o folosește ca să evite simptomele sau angajarea în cadrul tehnicii expunerii. Distragerea implică îndreptarea atenției spre stimuli exteriori (de exemplu, să descrie mobilierul din cameră).

d) Identificarea gândurilor negative și găsirea unor gânduri alternative.

e) Jocul de rol se folosește mai frecvent în tratamentul fobiilor sociale, acesta putând fi considerat ca o tehnică de expunere (de exemplu, tehnicile psihoterapiei asertive pentru pacienții care au dificultăți să-i refuze pe ceilalți).

Problema, în aceste cazuri, este că pacientul nu poate fi asertiv fără să fie agresiv; se repetă diverse variante de răspuns până când pacientul descoperă comportamentul adecvat.

Tehnica se aplică simplu, după modelul: „Să presupunem că eu sunt șeful tău. Arată-mi cum i te-ai adresa dacă i-ai cere să-ți schimbe programul".

Inversarea rolurilor îl poate face pe pacient conștient de efectele comportamentului nonasertiv al altora și de avantajele de a fi mai asertiv.

A privi caseta video pe care este înregistrat comportamentul pacientului îi poate demonstra acestuia faptul că starea sa subiectivă este mai rea decât comportamentul vizibil în exterior.

f) Tehnica repetiției (antrenamentului) reprezintă un mod prin care subiectul se pregătește pentru expunere.

Mulți fobici susțin că în mintea lor se face un gol când sunt confruntați cu obiectul fobiei lor sau când sunt cuprinși de panică.

Tehnicile pentru a face faţă anxietăţii intense trebuie repetate mental. Subiectul este învăţat să repete întrebările pe care le va adresa sau subiectele despre care va vorbi într-o situaţie socială. Se poate face repetiţia, de pildă, pentru vorbitul în public.

g) Modelarea este o tehnică indirectă prin intermediul căreia terapeutul demonstrează pacientului cum să se apropie de obiectul fobiei sale (de exemplu, un şarpe).

h) Medicaţia anxiolitică. Efectul benefic al expunerii este redus de medicaţia anxiolitică pentru că pacientul pune starea de calm care se instalează în prezenţa obiectului fobiei pe seama tratamentului şi nu pe seama propriilor sale acţiuni.

Cu toate acestea, sunt cazuri în care medieaţia anxiolitică este utilă când se ivesc situaţii pentru care pacientul nu a avut timp să se pregătească.

Utilizarea sistematică a tranchilizantelor trebuie însă descurajată, pe cât posibil.

Fobiile sociale

Fobiile sociale reprezintă cele mai mascate şi cele mai dificil de identificat tipuri de fobii. Aceste fobii pot să guverneze şi chiar să distrugă viaţa unei persoane.

Adesea, suntem conştienţi de faptul că viaţa este plină de dificultăţi şi obstacole, că trebuie să luptăm cu acestea, să fim fermecători, asertivi, luptători şi, deşi ştim bine aceste lucruri, suntem timizi, nesiguri, permanent depăşiţi de ceilalţi, iar existenţa noastră este lipsită de relaţii calde şi apropiate.

De cele mai multe ori punem aceste probleme pe seama unor conflicte de natură inconştientă nerezolvate, conflicte care îşi au originea în copilărie (probabil sub influenţa lecturilor de psihanaliză) sau pe seama defectelor altor persoane.

Cu toate acestea, multe din problemele menţionate (desigur, nu toate) nu sunt altceva decât forme mascate de fobii sociale.

Prezentări de cazuri

Nelu este un bărbat singuratic, cu foarte puţini prieteni şi cu foarte puţine întâlniri. Rareori este invitat undeva, dar, de regulă, nu acceptă invitaţia. La primele petreceri la care a participat totuşi a fost capabil să susţină o conversaţie interesantă, dar numai atunci când o altă persoană a iniţiat discuţia.

Nelu recunoaşte sincer că nu se duce la întâlniri şi refuză invitaţiile pentru că îi este teamă că ar putea fi respins de ceilalţi.

Această situaţie nu reprezintă altceva decât un caz de fobie socială, subiectul evitând sistematic orice situaţie în care ar putea să apară pericolul de a fi respins de ceilalţi.

Mariana are, în schimb, o viaţă socială foarte activă. Problema ei este că nu poate realiza o relaţie satisfăcătoare cu un bărbat. Modelul ei de comportament este

următorul: întâlneşte un bărbat liber, se întâlneşte frecvent cu acesta şi, la scurt timp, cei doi ajung să trăiască împreună, dar în 2-3 luni relaţia se deteriorează şi se rupe. Mariana suferă câteva săptămâni de tulburări depresive şi anxietate, după care începe o nouă relaţie şi ciclul se repetă. Mariana este conştientă de faptul că atunci când este singură este foarte nervoasă şi tristă. Ea îşi aminteşte mereu de singurătatea ei de copil unic, de care părinţii nu se interesau.

Problema Marianei este fobia de singurătate, care o determină să ducă o viaţă instabilă şi o aruncă în relaţii nefericite cu bărbaţii. Aceste relaţii se termină prost, deoarece pentru ea bărbaţii nu reprezintă parteneri, prieteni sau iubiţi, ci doar mijloace de a scăpa de singurătate; pe o astfel de bază nu se poate construi o relaţie solidă.

Fobiile sociale, ca şi celelalte tipuri de fobii, declanşează modelul automat al comportamentului de evitare. Dacă respectiva situaţie nu poate fi evitată, subiectul devine supraîncordat şi anxios.

Există însă şi unele diferenţe între fobiile obişnuite şi fobiile sociale.

• Astfel, aşa cum am mai subliniat, fobiile sociale sunt mascate şi, de regulă, mai dificil de identificat.

• Fobiile sociale produc, în afară de reacţia specifică de teamă, şi o serie de stări afective supraadăugate, cum ar fi: culpabilitate, furie, resentimente sau depresie. Toate aceste trăiri afective produc reacţii de evitare, fugă sau uneori chiar reacţii agresive.

• Pentru că obiectul fobiei sociale sunt oameni şi nu obiecte sau situaţii, aceştia vor reacţiona, la rândul lor, la comportamentul subiectului, fapt ce complică şi mai mult situaţia, conducând la fenomenul „profeţiei împlinite".

De exemplu, o persoană care se teme să fie respinsă nu interacţionează cu ceilalţi, iar aceştia încetează să fie interesaţi de ea; rezultatul este că persoana respectivă este respinsă. Starea de disconfort pe care o trăieşte subiectul cu fobie socială se transmite şi celorlalţi, care ajung să nu se mai simtă bine în compania acestuia.

Caracteristica esenţială a fobiei sociale constă, aşadar, în teama subiectului de a fi evaluat negativ de ceilalţi, care îi vor critica performanţele. Termenul de performanţă are aici un sens foarte larg şi se referă la autocontrolul emoţional sau la executarea unor sarcini de rutină, cum ar fi mâncatul, vorbitul în public sau chiar semnarea unor documente în prezenţa altor persoane.

Pacientul care suferă de fobie socială este convins că se va comporta într-un mod inacceptabil şi că acest lucru va atrage respingerea din partea celorlalţi şi diminuarea stimei de sine.

Fobia socială este definită în cadrul Manualului D.S.M. IV ca fiind teama puternică şi persistentă de situaţii sociale sau care presupun realizarea unor performanţe şi în care persoana se poate simţi stânjenită.

Diagnosticul de fobie socială se acordă doar atunci când expunerea subiectului la situaţia respectivă provoacă apariţia imediată a unei anxietăţi

puternice, care perturbă în mod semnificativ desfăşurarea activităţilor cotidiene, sfera ocupaţională şi viaţa socială şi creează persoanei un puternic disconfort psihic.

Subiectul în cauză va avea tendinţa să evite situaţiile sociale, iar dacă acest lucru nu este posibil, le va suporta cu mare dificultate. La mulţi subiecţi cu fobie socială pot să apară şi atacuri de panică în cazul expunerii la situaţia socială sau la anticiparea acesteia.

Aflaţi în situaţiile sociale de care se tem, subiecţii respectivi se vor simţi stânjeniţi, se vor comporta ciudat, iar ceilalţi îi vor aprecia ca fiind anxioşi, slabi, nebuni sau proşti.

Pacienţii se pot teme să mănânce în public pentru a nu le tremura mâinile, se tem că se vor bâlbâi sau că se vor înroşi şi cei din jur vor observa acest lucru.

Manualele D.S.M. III şi D.S.M. IV descriu o variantă specială de fobie socială, caracterizată prin extinderea fricilor la majoritatea situaţiilor sociale, subiecţii din această categorie fiind caracterizaţi printr-un accentuat deficit la nivelul abilităţilor sociale şi printr-o dezadaptare mult mai accentuată.

Nu se acordă diagnosticul de fobie socială în cazul în care problemele respective au la bază o infirmitate fizică sau o afecţiune psihică (de pildă, teama de a mânca în public a pacienţilor cu anorexie nervoasă).

Principalele tipuri de fobii sociale (Fensterheim şi Baer, 1977)

1. Fobia de a fi privit. Subiecţii care suferă de această fobie au impresia (adesea, fără o bază reală) că ceilalţi îi privesc insistent şi aceasta le provoacă teama.

De pildă, în timpul unei conversaţii într-un grup, persoana respectivă face o remarcă, ceilalţi o privesc şi aceasta se simte stânjenită şi încetează să mai vorbească. Într-o etapă ulterioară se instalează reacţia de evitare, în cadrul căreia subiectul caută să minimalizeze posibilitatea de a fi privit şi, din acest motiv, nu mai participă la conversaţie; în forme mai avansate, subiectul se ascunde prin colţuri sau în spatele unui ziar. Acest gen de fobie are drept consecinţă teama de a vorbi în public.

2. Teama legată de faptul că ceilalţi îşi vor da seama că individul este nervos.

De regulă, această fobie are un conţinut precis pentru că subiectul îşi manifestă nervozitatea prin manifestări neurofiziologice, cum ar fi tremorul mâinilor sau al vocii, paloare sau roşeaţă. De teama că ceilalţi vor observa acest lucru, individul refuză mai ales invitaţiile unde se serveşte ceva de băut pentru că este convins că ceilalţi vor remarca faptul că îi tremură mâinile când ia ceaşca de cafea şi că inevitabilul se va produce: cineva îl va întreba de ce este atât de nervos.

3. Teama că subiectul va fi „prins" într-o relaţie apropiată.

Persoanele care suferă de această fobie raţionalizează frecvent situaţia lor, spunându-şi „nu doresc să-mi asum vreo responsabilitate" sau „dacă mi se întâmplă aceasta nu voi mai putea face ceea ce vreau eu să fac" etc.

Fensterheim şi Jean Baer (1977) consideră că aceasta reprezintă un fel de generalizare a claustrofobiei la relaţiile sociale, în sensul că subiectul generalizează teama de a fi prins în capcană şi la situaţiile sociale.

4. Teama (fobia) de a fi „descoperit".

Persoana se teme de faptul că, dacă ceilalţi îşi vor da seama de particularităţile personalităţii sale (vor ghici cum este el cu adevărat), îl vor respinge. Unii indivizi nici măcar nu sunt conştienţi de acele particularităţi care i-ar putea face pe ceilalţi să nu-i agreeze, în timp ce altora, respectivele trăsături le sunt clare („ei vor descoperi că sunt prost, incult, plictisitor sau rău".) Acest gen de fobie conduce la evitarea relaţiilor apropiate cu ceilalţi.

5. Fobia de sentimente negative.

În această categorie intră tot felul de fobii care pot influenţa întregul stil de viaţă al subiectului. Cel mai frecvent se întâlneşte teama de reacţia de furie sau critică. Subiectul se teme să exprime astfel de sentimente sau/şi de faptul că alţii ar putea exprima astfel de sentimente faţă de el. Acest gen de fobie poate îmbrăca un aspect general sau particular, incluzând figuri învestite cu autoritate, reprezentanţi ai sexului opus sau persoane apropiate.

6. Teama (fobia) de singurătate (de a întreprinde o acţiune singur).

Această fobie este asociată frecvent cu tendinţa de izolare şi cu dispoziţia depresivă. Frecvent, ea îmbracă forma unei stări de disconfort, fără a se ajunge la o stare afectivă intensă. De pildă, persoana ar dori să iasă undeva la sfârşit de săptămână, dar nu găseşte pe nimeni s-o însoţească, fapt ce îi produce o stare de disconfort difuz; în loc să iasă singur, individul preferă să rămână acasă şi acest lucru îi accentuează depresia.

7. Fobia (teama) subiectului că nu va putea comunica cu ceilalţi include:

• Fobia că ceilalţi nu îl agreează pe subiect. Aceasta este poate cea mai răspândită fobie cu caracter interpersonal şi are un caracter deosebit de destructiv. Adesea, când ceilalţi nu ne plac, avem tendinţa să reacţionăm prin intermediul unor sentimente de culpabilitate exprimate astfel: „Probabil că am făcut ceva rău" sau „Este ceva în neregulă cu mine".

Pentru a evita astfel de situaţii subiectul se străduieşte permanent să fie o persoană drăguţă şi amabilă, renunţând să mai fie el însuşi, el îşi reprimă dorinţele şi tendinţele, nu luptă pentru drepturile sale şi ajunge uneori chiar să renunţe la demnitatea sa. Consecinţe foarte asemănătoare le produce şi teama de a nu-i lovi pe ceilalţi.

• Teama de a părea ridicol.

Unii subiecţi sunt cuprinşi de panică la gândul că ar putea face un lucru pe care ceilalţi l-ar putea considera ridicol şi, adesea, persoana în cauză se judecă mult mai aspru decât o fac cei din jur. Pentru că orice ar putea spune sau face un individ poate părea ridicol pentru cineva, acesta va tinde să evite tot mai mult să se manifeste în public, devenind tot mai inhibat. Astfel, acesta îşi va inhiba orice pornire

creativă, se va refugia în convențional, transformându-se într-o persoană plată și plicticoasă.

Foarte apropiată de această fobie este și teama de a nu greși, consecințele ei fiind asemănătoarea cu ale fobiei de ridicol.

• Teama de a fi rejectat (respins).

Această fobie împiedică subiectul să intre în relații adecvate cu ceilalți, având efecte asemănătoare cu cele ale fricii că ceilalți nu îl agreează. Subiectul devine excesiv de sensibil la reacțiile celor din jur și ajunge adesea să-și sacrifice propriile interese și obiective. Acesta interpretează cel mai mic semn de dezaprobare din partea altei persoane ca pe un semn de respingere, iar respingerea reprezintă o adevărată catastrofa pentru el.

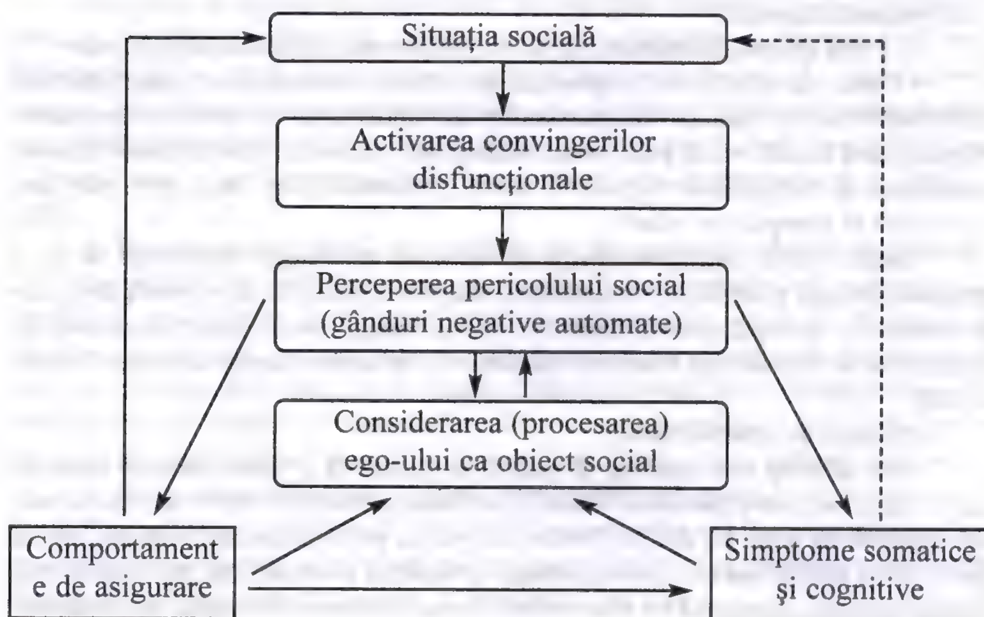
Fobiile sociale sunt deosebit de subtile, cel mai adesea mascate și pot conduce la un comportament hipervigilent de repetare „contrafobică" a anumitor modele de reacție.

Datorită hipervigilenței, subiectul devine atât de sensibil la stimulii din zona care îi produce teamă, încât el percepe amenințări și acolo unde acestea nu există (poate considera o remarcă oarecare ca pe un semn de critică.)

Repetarea de tip contrafobic îl determină pe subiect să se plaseze mereu în situațiile care îi produc teamă și cărora, bineînțeles, nu le face față. Astfel, un bărbat se poate teme de femei agresive („castratoare"), dar intră mereu în relații cu astfel de persoane și relațiile respective se sfârșesc prost.

Modelul cognitiv al fobiei sociale

(Clark și Wells, 1995, Wells și Clark, 1997, Wells, 1999)



Trăsătura esenţială a fobiei sociale constă în dorinţa puternică a subiectului de a produce o impresie favorabilă asupra celorlalţi, dorinţă acompaniată de teama subiectului că nu va reuşi acest lucru. O dată intrat într-o situaţie socială, pacientul va avea tendinţa de a o evalua ca fiind periculoasă. Acesta va nutri convingerea că se află în pericol de a acţiona într-un mod stupid şi inacceptabil, comportament ce are urmări catastrofale, cum ar fi pierderea statutului social, respingerea şi umilirea din partea celorlalţi. Teama pierderii statutului social nu se referă doar la modul în care subiectul este perceput de ceilalţi, ci şi la aoutostima şi imaginea de sine.

Evaluarea pericolului va activa convingerile negative de bază referitoare la natura şi consecinţele unor evaluări realizate în cadrul interacţiunilor psihosociale (de exemplu, „Dacă ceilalţi îşi vor face o impresie proastă despre mine, va fi un dezastru, viaţa mea nu va mai avea sens").

Situaţia considerată periculoasă va activa şi programul de declanşare a anxietăţii, cu mecanismele sale fiziologice, cognitive, afective şi comportamentale. Aceste mecanisme, care în filogeneză ajutau subiectul să facă faţă unor ameniţări reale, devin, la rândul lor, surse de ameninţări la adresa imaginii de sine a persoanei. Aceste fenomene conduc la escaladarea anxietăţii şi la menţinerea problemei.

Fobicul social devine preocupat de reacţiile sale psihosomatice, de gândurile negative legate de evaluările realizate de către ceilalţi, precum şi de autoevaluări.

Aceste preocupări abat atenţia subiectului de la informaţiile esenţiale provenite din mediul extern, fapt ce contribuie la creşterea probabilităţii ca performanţele să se reducă. Astfel, fobicul social îşi va concentra atenţia spre interior, spre autoperceperea propriilor performanţe şi presupune în mod eronat faptul că acestea reflectă modul în care el este perceput de către ceilalţi. Fobicul social poate nutri teama că este plictisitor pentru cei din jur, dar în acelaşi timp, el este centrat pe sine şi acordă o atenţie redusă celorlalţi.

Pentru a preîntâmpina aşa-zisele catastrofe în plan social, fobicii declanşează comportamentele de evitare şi asigurare (de pildă, un fobic ce se teme că se va bâlbâi va repeta în gând ceea ce doreşte să spună, fapt ce îi sporeşte şansele de a nu se exprima cum trebuie). Din nefericire, aceste comportamente de asigurare vor accentua gândurile negative şi anxietatea legată de evaluarea din partea celorlalţi.

În primul rând, unele dintre comportamentele de asigurare nu fac decât să exacerbeze simptomele (a ţine în mână prea strâns o cană pentru ca ceilalţi să nu observe tremurul va perturba mişcările fireşti) sau să reducă performanţele (repetarea în gând a celor ce trebuie spuse perturbă concentrarea asupra subiectului conversaţiei).

În al doilea rând, anumite comportamente de evitare pot să-l facă pe fobicul social să pară mai puţin degajat şi prietenos în ochii celorlalţi, fapt ce va declanşa o contrareacţie din partea acestora.

În al treilea rând, faptul că presupusa catastrofă nu se produce este atribuit de fobic declanşării comportamentelor de asigurare şi nu faptului că evaluările sale au

un caracter distorsionat. Un aspect important al acestui model se referă la procesările psihologice legate de modul în care subiectul apare în ochii celorlalţi. Aceste elemente contribuie la aprecierea gradului de pericol perceput subiectiv în situaţiile psihosociale.

Fobicul social este permanent motivat de dorinţa de a crea o impresie favorabilă asupra celor din jur, în timp ce imaginea de sine şi autostima acestuia au un caracter fluctuant, menţinut prin intermediul a două mecanisme psihologice care produc centrarea exagerată pe sine însuşi: procesarea anticipatorie (cum va apărea subiectul în situaţia dată) şi procesarea posteveniment (îşi face probleme şi îşi adresează autocritici legate de modul în care s-a comportat într-o situaţie psihosocială).

Anticipând confruntarea cu situaţia socială, fobicul tinde să realizeze ruminaţii în legătură cu situaţia. Acestea se referă la planificarea şi la repetarea mentală a ceea ce va trebui să spună, conţinutul acestor ruminaţii fiind totdeauna negativ.

În această etapă anticipatorie este activat conceptul de ego social şi stabilitatea acestuia începe să fie ameninţată.

O dată părăsită situaţia socială, ruminarea aspectelor negative legate de aceasta are tendinţa să continue, pacientul analizând critic propriul său comportament în situaţia socială.

Această analiză „post-mortem" nu face decât să accentueze aspectele negative ale comportamentului subiectului în situaţia socială, fapt ce va contribui la întărirea evaluărilor şi convingerilor disfuncţionale. În momentul în care un pacient cu fobie socială se expune unei situaţii de care se teme, acesta începe să se concentreze imediat asupra propriei persoane, pe care începe să o analizeze din perspectiva unui observator extern (Wells, Clark şi Ahmad, 1995). Informaţiile interne venite de la propriul organism oferă, de regulă, o imagine eronată în legătură cu modul în care subiectul apare în ochii celorlalţi.

De exemplu, un fobic căruia îi tremură uşor mâinile se poate percepe pe sine ca tremurând din tot corpul, în timp ce unul care transpiră percepe „râuri" de sudoare reci care îi curg pe frunte.

Spre deosebire de atacurile de panică, unde „catastrofa" nu se produce niciodată, în cazul fobiei sociale evenimentele negative de care se teme subiectul chiar se pot întâmpla: oamenii pot să-l privească în mod ciudat, el poate fi umilit sau poate fi considerat de către ceilalţi ca fiind neinteresant.

Problema principală nu constă în aceea că aceste evenimente au loc, deoarece ele li se întâmplă şi altor oameni, ci în semnificaţia pe care le-o acordă subiectul fobic, precum şi în evoluţiile negative la care se aşteaptă acesta, mai ales în ceea ce priveşte imaginea de sine.

Modelul cognitiv elaborat de Clark şi Wells (1995) pentru fobia socială postulează faptul că aceasta este menţinută de o serie de factori:

1) Convingerile de bază legate de autoevaluarea propriei persoane („Sunt o persoană plicticoasă"; „Nimeni nu mă agreează").

2) Supoziţii cu caracter condiţional („Dacă le voi arăta celorlalţi ce simt, ei vor considera că sunt incompetent"; „Dacă nu mă voi exprima corect, ceilalţi vor crede că sunt nebun").

3) Prezenţa unor reguli rigide referitoare la performanţele personale („Trebuie totdeauna şi cu orice preţ să par inteligent"; „Nu trebuie niciodată să manifest vreun semn de anxietate").

În concluzie, putem afirma că modelul cognitiv al fobiei sociale implică următoarea secvenţă de evenimente: situaţia socială activează convingerile şi supoziţiile disfuncţionale legate de posibilitatea unui *eşec* în ceea ce priveşte manifestarea unor performanţe potenţiale, iar implicaţiile eşecului anticipat de subiect generează o puternică stare de anxietate. Aceasta va conduce la perceperea situaţiei sociale ca pe o ameninţare care, la rândul ei, va genera gânduri automate negative şi anxietate legată de acestea.

Prezentăm mai jos câteva exemple de gânduri negative automate, urmate de procesări psihologice în legătură cu imaginea de sine şi de comportamente de asigurare (Wells, 1999):

Gânduri negative automate	Procesări psihologice legate de imaginea de sine	Comportamente de asigurare
1. Nu ştiu ce să spun. Oamenii vor crede că sunt un prost.	Imagine de sine: persoană urâtă, proastă, neinteresantă.	Evită contactele vizuale; evită să atragă atenţia asupra sa; vorbeşte puţin, lasă partenerul să vorbească; îşi planifică ce vrea să spună.
2. Voi începe să tremur şi îmi voi pierde controlul.	Subiectul este concentrat asupra lui însuşi; îşi spune în gând: "mă simt atât de rău când tremur încât trebuie să arăt îngrozitor". Imaginea propriei persoane care şi-a pierdut controlul.	Evită să ţină în mână căni sau pahare; ţine obiectele prea strâns; încordează muşchii; conştientizează respiraţia; evită să-i privească pe ceilalţi; ţine cana cu ambele mâini.
3. Ce se va întâmpla dacă voi deveni anxios? Ceilalţi vor observa şi nu mă vor lua în serios.	Subiectul îşi pierde controlul asupra propriei persoane. Imagine de sine în care se vede roşu de emoţie şi tremurând din toate încheieturile.	Ţine mâinile încleştate; priveşte lateral; îşi acoperă faţa cu părul; se machiază excesiv.
4. Ce se va întâmpla dacă voi transpira? Ei vor crede că sunt anormal.	Concentrare asupra propriei persoane; se vede pe sine şiroind de sudoare.	Poartă maiouri pe sub cămaşă; utilizează deodorante în exces; rămâne cu haina pe el; utilizează mai multe batiste; nu depărtează braţele de corp; poartă haine prea lejere.
5. Mă voi bâlbâi şi mă voi exprima greşit. Oamenii vor crede că sunt prost.	Concentrare asupra propriei persoane; se percepe pe sine ca fiind timid şi caraghios, îşi aude propria voce.	Îşi monitorizează discursurile; caută să pronunţe cuvintele cât mai corect; repetă propoziţiile în plan mental înainte de a le pronunţa; vorbeşte prea repede; vorbeşte prea puţin despre sine.

Gândurile negative automate activează anxietatea care, la rândul său, va genera simptome somatice şi cognitive. Aceste simptome vor deveni şi ele obiectul unor evaluări negative, fiind interpretate ca semne ale unor eşecuri şi umilinţe în plan social. Aprehensiunea pericolului este urmată de concentrarea atenţiei asupra propriei persoane, fobicul începând să se autoobserve şi să-şi monitorizeze senzaţiile, imaginile, trăirile şi gândurile.

Informaţiile cu caracter interoceptiv vor fi utilizate de subiect pentru a trage concluzii în legătură cu modul în care apare în ochii celorlalţi care îl evaluează; încercând să evite producerea „catastrofei" sociale, subiectul va pune în acţiune comportamentele de asigurare, care nu fac decât să menţină problema. Aceste comportamente contribuie la: accentuarea concentrării asupra propriei persoane, dar şi împiedică infirmarea convingerilor negative referitoare la modul în care subiectul apare în ochii celorlalţi; pe de altă parte, ele accentuează simptomele fiziologice (tremor, transpiraţie, senzaţie de vid mental etc.); în acelaşi timp, atrag atenţia asupra persoanei în cauză şi îl fac pe subiectul fobic să para rece şi neprietenos faţă de ceilalţi.

În multe cazuri, situaţiile psihosociale sunt evitate, ceea ce-l împiedică pe subiect să-şi infirme evaluările negative. Procesările (îngrijorările) anticipatorii, precum şi cele realizate după producerea evenimentului contribuie la menţinerea problemei, întărind şi preocupările pacientului îndreptate în direcţia respectivă.

Pe baza modelului cognitiv general al fobiei sociale, terapeutul împreună cu pacientul vor realiza schematizarea cazului concret pentru care acesta din urmă se prezintă la psihoterapie. O importanţă majoră în conceptualizarea cazului o au identificarea comportamentelor de asigurare, evitare, a componentelor somatice şi cognitive ale anxietăţii, precum şi natura procesărilor interioare legate de imaginea de sine.

Teodora, o traducătoare în vârstă de 42 de ani, diagnosticată cu fobie socială, se teme să mănânce şi să bea în public, deoarece crede că-i vor tremura foarte tare mâinile (vezi schema de la pagina alăturată).

Datele necesare terapeutului pentru schematizarea problemei se obţin atât pe baza descrierii de către pacient a unor episoade recente în care s-a manifestat anxietatea socială, cât şi prin intermediul unor întrebări directe realizate după o expunere reală la o situaţie anxiogenă sau, dacă este posibil, chiar în timpul expunerii; în cazul în care pacientul evită situaţiile psihosociale se poate construi în cadrul şedinţei de psihoterapie o situaţie asemănătoare cu cele de care acesta se teme. Pot fi implicate chiar alte persoane în prezenţa cărora subiectul va fi solicitat să vorbească, să bea apă sau să se adreseze unei persoane învestite cu autoritate.

În vederea alcătuirii modelului sunt necesare date referitoare la:

- gândurile negative automate;
- comportamentele de asigurare;
- simptomele anxietăţii;
- conţinutul imaginilor şi ruminaţiilor interioare legate de imaginea de sine.

Gândurile negative automate

Terapeutul va proceda astfel încât să aibă acces atât la gândurile automate care anticipează intrarea în situaţie, cât şi la cele care se manifestă chiar în timpul expunerii la situaţie. De regulă, aceste gânduri au o tematică asemănătoare.

Situaţia:

Trebuie să merg la o petrecere unde voi fi obligată
să beau o cupă de şampanie.



Gânduri negative automate:

„Ce va fi dacă îmi vor tremura mâinile şi voi
scăpa paharul?"



Concentrarea atenţiei
asupra propriei persoane:
imaginea sa tremurând din tot corpul,
pierzându-şi controlul
şi scăpând cupa de şampanie.





Comportamente de asigurare:
Ţine cupa de şampanie foarte strâns.
Încordează braţele. Inspiră adânc.
Se mişcă foarte încet.

Anxietate:
Tremor; valuri de căldură; se simte ca paralizată; senzaţie de lipsă de aer; mintea parcă o "ia la fugă".



Este de dorit ca terapeutul să adreseze întrebări cu conţinut precis, legate chiar de momentul în care se manifestă gândurile negative respective, ca de exemplu:

„Atunci când au început să-ţi tremure mâinile, ce gânduri ţi-au trecut prin minte?"

Prezentăm dialogul purtat cu Petru, profesor de matematică, 29 de ani, diagnosticat cu fobie socială.

T: Când te-ai simţit ultima oară jenat şi speriat într-o situaţie psihosocială?

P: Joia trecută. Ieşisem la o bere cu şeful catedrei şi cu câţiva colegi.

T: Îţi voi pune câteva întrebări despre gândurile şi stările emoţionale pe care le-ai avut atunci. Crezi că ţi le poţi reaminti?

P: Cred că da.

T: Înainte de a ieşi în grup te-ai simţit speriat?

P: Da, de fapt nici nu doream să merg, dar nu am vrut să-l refuz pe şeful catedrei.

T: În ce au constat temerile şi gândurile tale?

P: M-am temut că nu voi face faţă conversaţiei şi că voi tăcea toată seara.

T: Cu alte cuvinte, gândurile tale au sunat cam aşa: „Ce va fi dacă nu-mi va trece nimic prin minte şi nu voi avea ce să discut?"

P: Da. Colegii vor crede că sunt prost şi plicticos şi se vor întreba de ce am fost oprit preparator la catedră.

T: Când te-ai aflat în situaţia respectivă, cum te-ai simţit?

P: M-am simţit speriat. Am încercat să par interesant, dar nu am spus mare lucru.

T: Atunci când te-ai simţit speriat, ce gânduri ţi-au trecut prin minte?

P: M-am gândit că nu am nimic de spus şi chiar dacă aş spune ceva ar fi, probabil, ceva banal şi stupid.

Conţinutul gândurilor negative automate nu este totdeauna explicit. Mai ales atunci când apar gânduri de tipul: „Ce va fi dacă voi transpira?"; „Ce se va întâmpla dacă mă voi înroşi?"; „Ce va fi dacă mă voi bâlbâi?" etc., terapeutul trebuie să surprindă semnificaţia care se ascunde în spatele acestor simptome, semnificaţie care se referă, pe de-o parte, la cum vor aprecia ceilalţi simptomele respective, iar pe de altă parte la autoevaluările realizate de subiectul în cauză în raport cu imaginea de sine.

Simptomele specifice anxietăţii

În cazul fobiei sociale, simptomele anxietăţii sunt rezultatul evaluărilor negative şi sunt menţinute de către acestea; ele se pot manifesta atât în plan cognitiv, cât şi în plan somatic.

Simptomele cele mai deranjante pentru subiectul cu fobie socială sunt cele care sunt mai uşor observabile de către ceilalţi: tremor, transpiraţii abundente, bâlbâială, spasme musculare, alterarea vocii, plâns sau senzaţia de „golire a minţii".

Pentru a surprinde cât mai multe detalii, terapeutul va trebui să adreseze pacientului întrebări de tipul următor: „Atunci când te-ai simţit speriat în situaţia respectivă, ce simptome ai observat?"; „Care au fost acele simptome care te-au supărat cel mai mult?"; „Dacă ceilalţi ar observa simptomele tale, ce ar însemna acestea pentru tine?".

Evidenţierea conţinutului procesărilor interioare referitoare la imaginea de sine

Elementul esenţial al modelului cognitiv al fobiei sociale îl reprezintă ruminaţiile şi imaginile legate de concepţia despre sine ca obiect social. Primul pas în direcţia evidenţierii acestor procesări interioare îl reprezintă faptul că subiectul îşi îndreaptă atenţia asupra propriei persoane şi devine excesiv de conştient de sine.

Întrebările adresate de terapeut sunt următoarele: „Atunci când ai devenit dintr-o dată conştient de propria persoană, care au fost elementele pe care le-ai conştientizat mai mult?"; „Ţi-ai făcut vreo idee despre modul în care arătai în

situaţia respectivă?"; „Atunci când te-ai simţit speriat, care au fost simptomele pe care le-ai conştientizat mai mult?"; „Ai realizat cât de evidente erau simptomele tale pentru ceilalţi?".

Conţinutul procesărilor psihologice legate de imaginea de sine poate fi evidenţiat şi prin intermediul analizei comportamentelor de asigurare. Astfel un fobic social care îşi ascunde faţa este probabil îngrijorat de faptul că semnele anxietăţii sale ar putea fi percepute de către ceilalţi.

De foarte multe ori preocupările şi temerile fobicului în legătură cu modul în care apare în ochii celorlalţi iau forma unei imagini pe care o construieşte din perspectiva unor observatori externi. În astfel de cazuri, terapeutul trebuie să-i ceară să descrie în detaliu imaginea pe care crede că o au ceilalţi în legătură cu el („Poţi să-mi descrii imaginea pe care crezi că ai avut-o în situaţia respectivă?"; „Poţi să descrii modul în care crezi că arătai atunci când te aflai în situaţia dată?").

Identificarea comportamentelor de asigurare

Aceste comportamente pot avea un caracter deschis, observabil de către ceilalţi, sau mascat, cum ar fi repetarea mentală a unor fraze înainte de a fi pronunţate cu voce tare.

Prezentăm în continuare câteva tipuri de întrebări pe care va trebui să le adreseze terapeutul pentru a evidenţia natura comportamentelor de asigurare.

„Atunci când eşti convins că evenimentul de care te temi se va produce, întreprinzi ceva pentru a preveni catastrofa?"; „Dacă nu ţi-ai luat măsuri (comportamente de asigurare), cât de mult crezi că evenimentul se va produce?"; „Întreprinzi ceva pentru a-ţi controla simptomele, pentru a-ţi ameliora performanţele sau pentru a masca problema ta?"; „Întreprinzi ceva pentru a abate atenţia celorlalţi de la persoana ta?" etc.

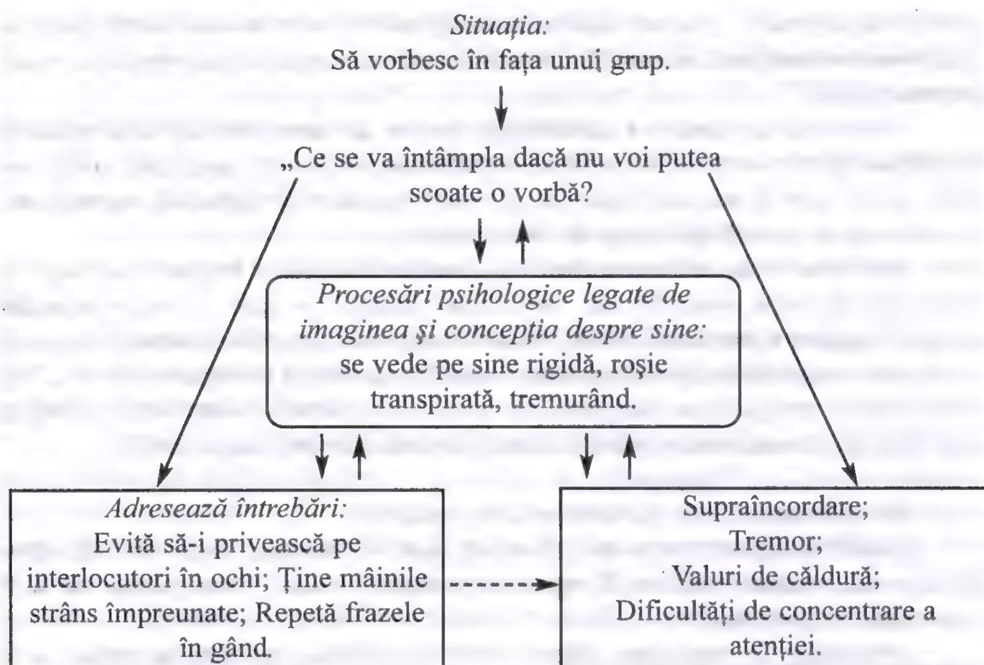
Utilizarea unor teste în sfera comportamentală pentru a obţine mai multe informaţii de la pacientul cu fobie socială

Terapeutul va simula în cabinet anumite situaţii psihosociale cu care trebuie să se confrunte pacientul în prezenţa sa.

Marina, studentă la ştiinţe politice, în vârstă de 21 de ani, se teme foarte tare să vorbească în public. Terapeutul a invitat în cabinet asistenta medicală şi 3 pacienţi şi i-a cerut Marinei să povestească, timp de 10 minute, ce a văzut în timpul unei excursii în Grecia.

În urma dialogului purtat între pacient şi terapeut a rezultat o schematizare a problemei (vezi figura alăturată).

În cadrul acestui exemplu, la perceperea situaţiei ameninţătoare apare gândul negativ automat: „Ce se va întâmpla dacă voi înlemni şi nu voi putea scoate o vorbă?" Acest gând este însoţit de simptome cum ar fi: supraîncordarea, tremorul, valuri de căldură şi dificultăţi de concentrare a atenţiei.



Pacienta caută să reducă șansa de producere a dezastrului adresând cât mai multe întrebări pentru a amâna expunerea, evită să-i privesacă pe ceilalți în ochi, ține mâinile împreunate și repetă în gând ceea ce urmează să relateze în fața grupului.

Tehnicile psihoterapeutice propriu-zise

Explicarea naturii modelului cognitiv al fobiei sociale

Terapeutul va utiliza tehnica descoperirii dirijate pentru a-l determina pe pacient să înțeleagă esența modelului cognitiv al fobiei sociale. Se va insista mai ales asupra comportamentelor de asigurare și a efectului concentrării atenției pe simptome și performanțe în cadrul cercului vicios care contribuie la menținerea tulburării.

O serie de întrebări adresate de către terapeut au rolul de a demonstra faptul că majoritatea autoevaluărilor negative realizate de către pacient au la bază informații cu conținut interceptiv.

Prezentăm în cele ce urmează câteva întrebări de acest tip:

1) Ce dovezi ai că ceilalți se uită la tine?

- De unde știi că ceilalți cred aceasta despre tine? Ce dovezi ai?
- Ce gânduri îți trec prin minte atunci?

2) Întreprinzi ceva pentru a schimba situația? (modul în care ceilalți gândesc despre tine).

- Faci ceva pentru a-ţi controla anxietatea sau simptomele?

- Ce s-ar întâmpla dacă nu ai face aceste lucruri? De unde ştii că se va întâmpla ceva rău?

3) Ce se întâmplă cu performanţele tale atunci când declanşezi comportamentele de asigurare?

- Ce se întâmplă cu preocupările tale în legătură cu propria persoană atunci când pui în acţiune aceste comportamente?

- Crezi că vei fi capabil să afli ce se petrece cu adevărat atâta timp cât eviţi situaţiile sau întreprinzi anumite acţiuni pentru a te proteja?

4) Dacă te-ai concentra mai puţin asupra propriei persoane în situaţiile sociale, crezi că acest lucru te-ar ajuta mai mult? În ce mod crezi că te-ar ajuta?

Tehnica descoperirii dirijate este preferabilă metodei didactice prin intermediul căreia terapeutul încearcă să-i explice pacientului natura fobiei sale, deoarece acesta din urmă este convins că are argumente suficiente pentru a susţine că temerile sale de evaluare negativă sunt întemeiate.

Prezentăm mai jos un dialog terapeutic în cadrul căruia sunt abordate tendinţele pacientului de a realiza ruminaţii interioare referitoare la imaginea de sine.

Pacientul este Vlad, de 24 de ani, student la conservator, care se teme foarte tare de impresia pe care o lasă arunci când se află la o petrecere.

P: Mă simt stânjenit atunci când mă aflu între oameni. Parcă toată lumea nu face altceva decât să se uite la mine.

T: Ai impresia că toţi se uită la tine?

P: Da, este îngrozitor. Mă simt atât de stingherit încât nu aş dori să mă aflu acolo.

T: Ce te face să crezi că toţi te privesc?

P: Este normal să mă privească. Oare este normal să tremuri aşa?

T: De unde ştii că te privesc? Ce dovezi ai?

P: Ei trebuie să mă privească; este evident că este ceva în neregulă cu mine.

T: Ai privit în jur pentru a verifica dacă oamenii te privesc?

P: Nu. Evit să-i privesc, la rândul meu. Dacă observ că cineva mă priveşte, mă simt şi mai rău.

T: Atunci dacă nu te uiţi la ceilalţi oameni, de unde ştii că îţi acordă atenţie?

P: Mă simt cumva ciudat şi oamenii mă privesc.

T: Iată că am făcut o descoperire interesantă. Afirmi faptul că pentru că te simţi ciudat şi excesiv de conştient de modul în care te comporţi, ceilalţi te privesc cu atenţie. Se pare că afirmaţiile tale se bazează mai mult pe trăiri decât pe fapte reale.

Acest dialog este urmat de o discuţie legată de rolul concentrării atenţiei spre interior în accentuarea conştientizării diverselor trăiri subiective şi în interpretarea eronată a faptului că aceste trăiri sunt de natură să atragă atenţia

celorlalţi asupra subiectului în cauză. Se pare că pacientul şi-a construit o imagine de sine ca fiind o persoană care tremură în mod necontrolat, imagine despre care crede că o au ceilalţi despre el. Testele obiective, cum ar fi, de pildă, filmarea pe o casetă video, demonstrează că simptomele nu sunt atât de evidente pe cât şi-a imaginat pacientul.

Utilizarea experimentelor în sfera comportamentală pentru a ilustra diversele componente ale modelului cognitiv al fobiei sociale. Aceste experimente sunt utilizate de către terapeut pentru a-i demonstra pacientului rolul comportamentelor de asigurare asupra simptomelor fizice, performanţelor în sfera socială, precum şi asupra centrării excesive pe propria persoană.

Terapeutul va solicita pacientului să se expună situaţiei psihosociale de care se teme în două variante: cu declanşarea comportamentelor de asigurare şi în absenţa acestora.

De asemenea, i se poate cere să realizeze o performanţă socială menţinând atenţia concentrată asupra propriei lui persoane şi fără a se concentra excesiv asupra sa, ci mai mult asupra mediului înconjurător.

Efectele concentrării atenţiei asupra intensităţii simptomelor şi asupra nivelului performanţelor vor fi astfel demonstrate.

Patricia, de 21 de ani, studentă la drept, s-a adresat psihoterapeutului pentru că se temea să poarte discuţii în grup. Acest lucru o stresa foarte puternic mai ales pentru că tânăra îşi dorea să devină avocat. Ea se temea că nu-şi va găsi cuvintele potrivite şi că prietenii şi colegii vor crede că este o proastă.

Comportamentele ei de asigurare erau următoarele: să vorbească foarte repede, să stea pe marginea scaunului, să se joace cu brăţările, să repete în gând ce ar dori să spună şi să evite contactele vizuale.

Terapeutul a aranjat cu câteva persoane (studenţi aflaţi în practică) să formeze un mic grup de conversaţie.

Atunci când a pus în acţiune comportamentele sale de asigurare, Patricia a găsit conversaţia care a durat aproximativ 10 minute foarte dificilă şi stresantă. În cadrul celei de-a doua variante i s-a cerut să stea aşezată comod într-un fotoliu, să observe cu atenţie, să asculte ceea ce spun ceilalţi şi să dea replici fără a le repeta în gând înainte de a le pronunţa cu voce tare. În aceste condiţii, ea a făcut mult mai bine faţă situaţiei, deşi încă mai era convinsă de faptul că s-a prezentat ca o persoană plictisitoare şi neinteresantă.

În cadrul şedinţelor următoare de psihoterapie, înregistrările pe casete video au fost utilizate pentru a corecta imaginea de sine eronată pe care şi-o făurise pacienta.

Specialiştii în terapia cognitiv-comportamentală a fobiei sociale sunt de părere că, la aceşti pacienţi, sunt importante achiziţionarea unor deprinderi de comutare a atenţiei spre exterior, renunţarea la comportamentele de asigurare înainte

de a trece la tehnicile de expunere, precum şi modificarea convingerilor negative, disfuncţionale.

Modificarea procesării interioare referitoare la concepţia şi imaginea de sine

După ce pacientul a fost familiarizat cu principiile modelului cognitiv al fobiei sociale, urmează modificarea conţinutului ruminaţiilor interioare legate de concepţia şi imaginea de sine.

Conţinutul acestor ruminaţii este utilizat de către fobicul social ca material pentru a trage concluzii despre modul în care acesta este evaluat de către alte persoane.

Principala strategie de abordare a acestei probleme constă în a-l confrunta pe fobic cu ego-ul său observabil; acest lucru se realizează prin intermediul unor înregistrări video şi audio.

O dificultate poate să apară mai ales la acei fobici care neagă veridicitatea feedback-urilor auditive şi vizuale; în ciuda evidenţei aceştia afirmă fie că înregistrările nu sunt suficient de sensibile, fie că simptomele înregistrate nu au fost atât de severe ca de obicei.

Pentru a depăşi aceste dificultăţi, terapeutul poate solicita pacientul să realizeze un antrenament mental în cadrul căruia să-şi conştientizeze şi să-şi operaţionalizeze simptomele şi comportamentele în termeni observabili.

Prezentăm mai jos dialogul dintre psihoterapeut şi Andreea, elevă în clasa a XII-a, care se teme să vorbească în public. Terapeutul i-a cerut în prealabil pacientei să povestească ceva în prezenţa câtorva studenţi aflaţi în practică.

T: Aş dori să-ţi aminteşti de imaginea ta din timpul conversaţiei pe care tocmai ai avut-o. Descrie-mi cum crezi că arătai?

A: Mă bâlbâiam, îmi căutam cuvintele, îmi tremurau mâinile şi mă înroşisem toată. Aveam pete roşii chiar şi pe gât.

T: Cât de observabile crezi că au fost aceste simptome?

A: Cât se poate de vizibile; îmi tremurau puternic mâinile şi eram toată roşie.

T: Poţi să-mi arăţi cât de tare îţi tremurau mâinile? (Andreea face demonstraţia.)

T: Am aici nişte cartonaşe colorate. Poţi să-mi arăţi cât de roşie crezi că ai fost?

A: Cred că am avut culoarea aceasta (indică unul din cartonaşe).

T: Bine. Vom vedea acum înregistrarea video pentru a te convinge cât de observabile au fost simptomele tale.

Pacienta descoperă că simptomele sale au fost mult mai puţin vizibile decât şi-a imaginat ea.

Într-o etapă ulterioară a terapiei i s-a cerut să repete conversaţia încercând să-şi exacerbeze în mod voluntar simptomele (intervenţie paradoxală). Chiar şi în această situaţie înregistrarea a demonstrat că simptomele au fost mai puţin evidente decât cele descrise iniţial de pacientă.

Practica a dovedit că este eficientă şi utilizarea unor formule sugestive utilizate în stare de relaxare, formule ce au menirea să destructureze convingerile negative pe care le nutreşte fobicul social în legătură cu propria persoană: „Chiar dacă îmi tremură mâinile, acest lucru este mai dificil de observat de către ceilalţi"; „Eu par calm, chiar dacă nu mă simt astfel" etc.

Tehnici de restructurare a convingerilor şi gândurilor negative (tehnici de reatribuire verbală)

Gândurile negative şi autoevaluările cu conţinut negativ trebuie provocate pentru a se infirma gradul lor de veridicitate. Strategia de combatere a gândurilor şi convingerilor negative constă în strângerea dovezilor împotriva acestora.

Pacientul trebuie astfel ghidat încât să se convingă de faptul că dovezile pe care le are în legătură cu adevărul evaluărilor sale negative referitoare la propria persoană provin mai curând din informaţii cu caracter subiectiv, decât din informaţii ce ţin de realitatea exterioară.

Cu toate acestea, se înregistrează şi situaţii când există şi unele temeiuri obiective, sau aparent obiective, care stau la baza gândurilor negative ale fobicului. În astfel de cazuri, terapeutul împreună cu pacientul vor analiza veridicitatea acestora, le vor formula în termeni mai realişti (poate există şi o altă explicaţie pentru faptul că ceilalţi se uită cu atenţie la pacient), vor analiza distorsionările cognitive care stau la baza unor interpretări eronate.

În cazul în care interpretările pacientului se vor dovedi reale, acesta îşi va însuşi în timpul şedinţelor de psihoterapie o serie de strategii pentru a face faţă unor situaţii sociale.

Prezentăm un exemplu de combatere a gândurilor negative automate şi de înlocuire a acestora cu gânduri pozitive, mai realiste (Wells, 1999):

Gând negativ automat:	„Ei consideră că sunt plictisitor".
Întrebări:	Ce dovezi ai că acest lucru este adevărat? Supoziţia ta este bazată pe fapte reale sau citeşti cumva gândurile celorlalţi? Dacă unele persoane consideră că tu eşti plictisitor şi alte persoane nu, cine crezi că are dreptate? Care sunt particularităţile psihice care fac ca cineva să fie plictisitor? Crezi că deţii aceste caracteristici? Dacă cineva crede că eşti plictisitor, înseamnă că acest lucru este şi adevărat?
Gânduri alternative raţionale:	„Dacă cineva crede că sunt plictisitor, nu înseamnă neapărat că are dreptate"; „Uneori este bine să fi plictisitor, pentru că te lasă toată lumea în pace".

Metoda celor trei coloane. Pentru a facilita procesul de infirmare a convingerilor şi gândurilor negative automate i se poate cere subiectului să împartă o foaie în trei coloane: în prima va nota dovezile bazate pe informaţii interioare, în a doua dovezile bazate pe date exterioare în sprijinul gândurilor negative, iar în coloana a treia contraargumentele împotriva acestor gânduri. În cadrul primelor şedinţe de psihoterapie aceste formulare vor fi completate împreună cu terapeutul, care va explica pacientului ce înseamnă dovezi interioare („mă simt în centrul atenţiei") sau exterioare („unii oameni mă privesc").

Fişa respectivă va fi utilizată de către terapeut pentru a demonstra rolul procesărilor interioare ale subiectului cu privire la propria persoană în desprinderea unor concluzii legate de situaţiile sociale.

Pe măsură ce terapia progresează, se va acorda o atenţie sporită informaţiilor externe, care pot să infirme convingerile negative.

Identificarea şi analizarea distorsionărilor cognitive

Cele mai frecvent întâlnite distorsionaţi cognitive în cazul fobiei sociale sunt:
- citirea gândurilor („ei cred că sunt o persoană plictisitoare");
- ghicirea viitorului („nu voi fi capabil să iau cuvântul în public");
- catastrofizarea („voi scăpa paharul din mână şi mă voi face de râs");
- personalizarea („ei nu mi se adresează, înseamnă că am spus ceva ce nu trebuie").

Pacienţii suferind de fobie socială au şi tendinţa de a proiecta asupra celorlalţi propriile lor evaluări negative, considerând că dacă ei cred un anumit lucru despre persoana lor este obligatoriu ca şi ceilalţi să creadă acelaşi lucru („Eu cred că sunt un prost şi asta înseamnă că şi ceilalţi cred acelaşi lucru").

Formulele sugestive de autoîncurajare

O dată identificate şi validate gândurile şi convingerile raţionale alternative, acestea pot fi transformate în sugestii şi autosugestii care pot fi utilizate de către pacientul cu fobie socială pentru a preveni activarea concentrării atenţiei spre interior, precum şi a ruminaţiilor cu conţinut negativ legate de propria persoană.

Aceste formule vor contribui la reducerea anxietăţii şi la menţinerea ei în nişte limite care nu afectează viaţa şi performanţele subiectului.

Aşa cum am mai subliniat, aceste formule sunt mult mai eficiente dacă se administrează în stare de relaxare sau hipnoză.

Dacă se abuzează de astfel de formule sugestive şi acestea încep să fie utilizate pentru a preveni producerea unor catastrofe posibile, ele se pot transforma în noi comportamente de asigurare care pot să împiedice infirmarea convingerilor negative.

Terapeutul va trebui să-l ghideze pe pacient să utilizeze aceste formule sugestive pentru a-şi spori încrederea în forţele proprii şi pentru a realiza cu mai multă uşurinţă experimentările în sfera comportamentală şi nu pentru a preîntâmpina producerea unor potenţiale dezastre.

Formulele sugestive reprezintă un mijloc eficient de a stopa îngrijorările anticipatorii legate de expunerea la situațiile anxiogene, precum și de a bloca focalizarea atenției asupra propriei persoane.

Mai mult, unele dintre acestea pot fi utilizate în stare de veghe chiar în timpul expunerii la situație sau în relaxare pentru contracarea ruminațiilor cu conținut negativ legate de interpretarea celor petrecute.

Tehnica definirii precise a temerilor

Multe dintre temerile pe care le nutresc pacienții cu fobie socială au un caracter vag și imprecis, ca de pildă teama de a se comporta stupid, de a-și pierde autocontrolul, de a nu se putea exprima corect etc.

Terapeutul trebuie să-l ajute pe pacient să-și definească exact natura acestor frici, pentru că, de pildă, teama că nu va putea vorbi poate îmbrăca forme foarte diferite, de la teama că nu va găsi cuvintele potrivite până la teama că va rămâne paralizat de groază la ideea că nu se va exprima coerent.

Temerile precis formulate, în termeni concreți, vor fi mult mai ușor de combătut prin intermediul diverselor metode de contraargumentare.

Abordarea ruminațiilor negative care au loc înainte și după expunerea la situațiile sociale anxiogene

Ruminațiile și îngrijorările care se produc înainte de expunerea subiectului la situație se referă la posibilele consecințe negative ale acestei expuneri. De asemenea, ele pot reprezenta și o componentă a comportamentelor de asigurare în cadrul cărora pacientul repetă mental anumite strategii adaptative (repetă în gând ceea ce intenționează să spună, derulează filmul unei întâlniri viitoare etc.).

Terapeutul va trebui să discute împreună cu pacientul despre avantajele și dezavantajele acestui tip de procesare psihologică.

Unul dintre dezavantajele principale în reprezintă faptul că aceste repetări mentale au un caracter imprecis, care nu surprinde derularea evenimentelor așa cum au ele loc în realitate. Atenția subiectului fiind îndreptată în această direcție, tendința către ruminații anticipatorii se va reduce.

Reevaluările realizate după ce evenimentul a avut loc nu fac decât să întărească ideea subiectului cu privire la eșecul său social, datorită anxietății și gândurilor negative legate de imaginea sa de sine. Și în acest caz terapeutul va discuta cu pacientul despre aceste probleme, insistând asupra dezavantajelor acestui gen de postevaluări.

Experimentele în sfera comportamentală

Tehnicile verbale de combatere a gândurilor și convingerilor negative au efecte limitate dacă nu sunt dublate de experimente în plan concret, deoarece situațiile sociale oferă puține posibilități de confruntare și expunere la informații

lipsite de ambiguitate, referitoare la reacțiile celorlalți față de fobicul social. Mai ales în cazul în care subiectul fobic va avea un comportament foarte controlat sau va întreprinde un număr limitat de acțiuni în situațiile sociale, acesta nu va putea să verifice consecințele faptului că își manifestă anxietatea sau că are performanțe reduse. Experimentele în plan comportamental trebuie să-i asigure posibilitatea de a verifica reacțiile celorlalți în raport cu el.

Una dintre tehnicile frecvent utilizate constă în obținerea unor informații de la alte persoane în legătură cu problema subiectului, în vederea modificării temerilor acestuia referitoare la evaluările negative din partea celorlalți.

Aceste informații pot fi obținute pe baza analizei comportamentului celorlalți („Dacă cineva crede că ești un prost, cum crezi că se va comporta față de tine?"; „Ce anume vei observa?), cât și prin intervievarea lor directă.

Pacientul care suferă de fobie socială va fi solicitat să manifeste comportametul inacceptabil în prezența altora și apoi să observe reacția acestora. Astfel, de pildă, unui subiect care se teme că-i vor tremura mâinile și va scăpa din mână paharul, i se cere să-l scape în mod deliberat. De cele mai multe ori, subiectul în cauză va constata cu surpriză că ceilalți nici nu observă ceea ce se petrece.

La începutul tratamentului terapeutul va modela și va controla aceste situații de expunere, iar, pe măsură ce pacientul capătă încredere, constatând că evenimentele de care se teme nu se produc, acesta va fi instruit să realizeze experimentele respective și independent, sub forma unor sarcini pentru acasă.

În etapele inițiale ale terapiei este indicat ca terapeutul să-l însoțească pe pacient în diverse situații sociale pentru a se asigura că experimentele au finalitatea dorită.

Depășirea comportamentelor de evitare

Evitarea anumitor situații sociale reprezintă o piedică serioasă în calea combaterii gândurilor și convingerilor negative disfuncționale. Din acest motiv, reducerea și, în cele din urmă, eliminarea comportamentelor de evitare reprezintă un obiectiv major al terapiei cognitiv-comportamentale, terapeutul recomandând expunerea la situațiile sociale anxiogene odată cu renunțarea la comportamentele de asigurare.

Modificarea convingerilor și supozițiilor negative cu caracter condițional

Așa cum am mai subliniat, modelul cognitiv al fobiei sociale implică supoziții și convingeri de bază referitoare la propria persoană ca obiect social, supoziții cu caracter condițional, precum și reguli rigide după care subiectul își conduce comportamentul.

Tehnicile utilizate pentru modificarea gândurilor negative automate se utilizează și pentru modificarea convingerilor și supozițiilor de tip condițional.

Primul pas în realizarea acestor modificări constă în definirea și clarificarea conceptelor pe care le presupun supoziția și operaționalizarea lor, astfel încât să

poată fi combătute prin metoda contraargumentării şi infirmate prin intermediul unor experimente în plan comportamental.

Adriana, în vârstă de 27 de ani, programator, era foarte timidă şi suferea de o puternică anxietate care o împiedica să stea de vorbă cu colegii de birou. Ea evita discuţiile din timpul pauzelor şi nu ieşea niciodată în oraş împreună cu colegii. Principala ei teamă era că mintea i se va goli şi nu va fi în stare să scoată o vorbă.

În urma discuţiilor purtate cu terapeutul a rezultat că Adriana îşi formase de-a lungul timpului o serie de convingeri şi supoziţii negative de tip condiţional: „Eu trebuie totdeauna să mă exprim logic şi cursiv, pentru că altfel ceilalţi vor crede că sunt o proastă."; „Dacă ei vor observa faptul că sunt nervoasă, vor crede că sunt nebună."

Într-o primă etapă a terapiei i s-a cerut pacientei să-şi definească termenii: ce înţelege prin logic şi cursiv, prin ce se caracterizează un discurs cursiv şi cum trebuie să fie acesta, ce înţelege prin faptul că va fi considerată o proastă sau o nebună.

Terapeutul i-a solicitat, în continuare, să furnizeze exemple concrete de comportamente care să caracterizeze conceptele respective. Urmează apoi etapa operaţionalizării conceptelor astfel încât acestea să poată fi verificate în practică. De exemplu, afirmaţia „ei mă vor considera proastă" va fi tradusă în termeni concreţi: „Ei nu vor mai vorbi cu mine"; „Ei vor râde de mine" etc.

Într-o etapă mai avansată a terapiei, pacientei i-a fost trasată sarcina de a comite în mod deliberat anumite erori în conversaţie pentru a testa reacţia colegilor faţă de afirmaţiile sale.

Convingerile pacienţilor care suferă de fobie socială reprezintă o combinaţie de distorsionări cognitive în cadrul cărora predomină „citirea gândurilor" şi „prevederea viitorului".

O altă metodă pentru testarea veridicităţii gândurilor şi convingerilor negative constă în solicitarea partenerilor de discuţie (sub îndrumarea terapeutului) să comenteze modul în care s-a comportat pacientul într-o anumită situaţie socială. De exemplu: „Nu am vorbit prea mult în timpul şedinţei de psihoterapie de grup. Aţi remarcat ceva deosebit în comportamentul meu?"

Descoperirea unor contraargumente alternative

Găsirea unor contraargumente la gândurile şi convingerile negative reprezintă un proces care nu este totdeauna lesne de realizat pentru pacientul cu fobie socială din cauza dificultăţilor pe care le are acesta de a recepţiona informaţiile contrare opiniilor sale, datorită concentrării excesive asupra propriei persoane şi asupra autoevaluărilor negative.

Terapeutul îl va ghida să găsească contraargumente în cadrul unor scenarii ipotetice în care este vorba de comportamentul altor persoane. Astfel, se poate utiliza dialogul socratic pentru a testa opiniile pacientului faţă de modul în care acesta crede că ar reacţiona oamenii, în general, faţă de o persoană nervoasă (Wells, 1999).

T: Dacă observi că o persoană pare nervoasă atunci când le vorbeşte celorlalţi, începi să o priveşti fix şi insistent?

P: Nu, dimpotrivă, o voi privi mai puţin.

T: Cu alte cuvinte, îi vei acorda mai puţină atenţie?

P: Da, pentru că altfel nu s-ar simţi în largul ei.

T: Să presupunem că cineva se comportă cu adevărat ciudat. Se plimbă pe stradă şi pronunţă cuvinte fără şir. I-ai acorda o atenţie deosebită?

P: Poate, dacă persoana ar fi periculoasă.

T: Chiar dacă ar fi vorba despre un bolnav psihic periculos, crezi că oamenii l-ar privi în mod insistent?

P: Nu, nu cred.

T: De ce nu?

P: Pentru că ceilalţi nu ar dori să aibă de-a face cu persoana respectivă.

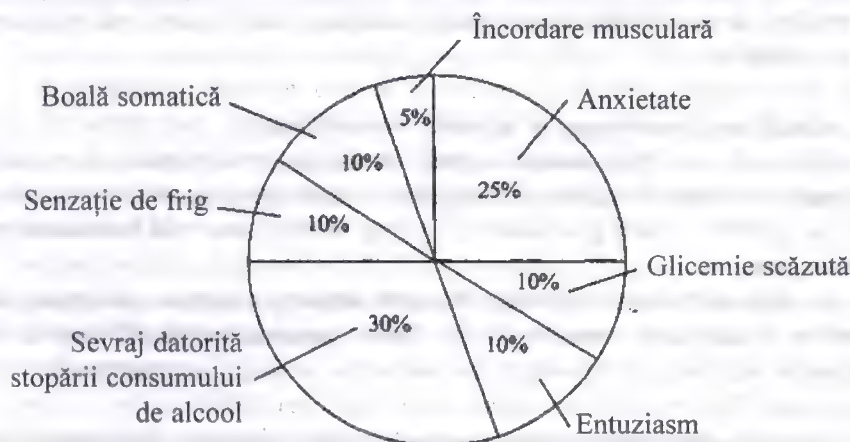
T: Atunci, dacă cineva pare nervos sau chiar se comportă ciudat, sunt oamenii înclinaţi să-i acorde mai multă sau mai puţină atenţie?

P: Dacă puneţi astfel problema, probabil mai puţină atenţie.

T: Dacă doreşti să nu ţi se acorde atenţie, cum este de dorit să pari, nervos sau plin de încredere în sine?

O altă metodă specifică terapiei cognitive pentru identificarea contraargumentelor la gândurile şi convingerile negative constă şi în trasarea diagramei cauzelor posibile care pot să stea la baza aplicării unui anumit fenomen.

Prezentăm mai jos diagrama cauzelor care ar putea determina un subiect să tremure (Wells, 1999)



Convingere:	„Dacă mă voi exprima ezitant, ceilalţi vor crede că sunt neadaptat."
Strategie terapeutică:	Notează toate particularităţile care fac ca o persoană să fie neadaptată. Câte astfel de

caracteristici crezi că ai? Ce rol joacă exprimarea ezitantă în cadrul celorlalte caracteristici specifice dezadaptării? Realizează o mică anchetă printre prieteni referitoare la problema respectivă.

Exerciţii de încălcare a regulilor excesiv de rigide de conduită

Pacienţii cu fobie socială au, de regulă, norme excesiv de rigide în ceea ce priveşte comportamentele sociale. Aceste reguli au un caracter mai general, depăşind cadrul situaţiilor considerate anxiogene. Regulile respective se exprimă prin intermediul unor afirmaţii de tipul următor: „Trebuie să fiu totdeauna în formă“; „Trebuie totdeauna să mă comport cum trebuie“; „Nu trebuie, cu nici un preţ, să supăr pe nimeni“ etc.

Subiecţii de acest tip consideră că dacă nu ies din cadrele rigide ale regulilor pe care singuri şi le-au stabilit, se vor simţi în siguranţă.

Unul dintre obiectivele terapiei este să-l ajute pe pacient să-şi lărgească cadrele de referinţă în care se mişcă şi acest lucru se realizează prin intermediul recomandării practicării unor comportamente riscante sau considerate chiar ridicole. Aceste exerciţii pe care le recomandă terapeutul vor fi diferite de la caz la caz, scopul acestora fiind de a-i demonstra pacientului că încălcarea convenţiilor este, în general, acceptată şi nu înseamnă prea mare lucru pentru ceilalţi.

Exemple de astfel de exerciţii pot fi: realizarea deliberată a unor erori de exprimare, declararea dezacordului faţă de alte persoane, răsturnarea intenţionată a unor produse de pe rafturile unui magazin, adresarea unor remarci mai puţin amabile altor persoane etc.

Modificarea convingerilor negative necondiţionate

Subiecţii cu fobie socială nutresc, la fel ca şi alţi pacienţi cu tulburări emoţionale, tot felul de convingeri negative referitoare la propria persoană. „Sunt diferit de ceilalţi“; „Sunt plictisitor“; „Ceilalţi oameni sunt mai buni decât mine“; „Sunt un prost“ etc.

În afara metodelor cunoscute de luptă împotriva acestor convingeri, se mai pot utilza şi alte două metode (Wells, 1999): metoda jurnalului pentru notarea elementelor pozitive şi formarea şi exersarea unor strategii interpersonale.

Jurnalul elementelor pozitive serveşte pentru acumularea de dovezi care să contribuie la combaterea, înlocuirea şi întărirea convingerilor negative.

Pacientului i se cere să noteze într-un jurnal toate experienţele care contrazic convingerile negative şi le susţin pe cele pozitive.

Astfel, de pildă, Maria nutrea convingerea negativă că este o persoană care nu poate fi agreată şi se baza în afirmaţia ei pe opinia că ceilalţi păreau să o ignore.

Terapeutul i-a trasat ca sarcină pentru acasă să noteze toate formele prin care ceilalţi manifestau atenţie faţă de ea: zâmbete, gesturi, contacte vizuale, complimente, invitaţii etc.

După patru zile, pacienta s-a oprit din realizarea sarcinii deoarece s-a convins de faptul că mulţi oameni nu o ignoră.

Strategii interpersonale. În cazul fobiei sociale, convingerile eronate cu privire la sine şi la ceilalţi influenţează stilul subiectului de a interacţiona cu cei din jur şi acest stil, la rândul său, perpetuează convingerile negative.

Mai mult, fobicii sociali dezvoltă strategii compensatorii (astfel, o persoană care crede că nu este inteligentă se străduieşte cu orice preţ să pară inteligentă), strategii care pot deveni supracompensatorii, şi care, până la urmă, au efecte contrare celor aşteptate (Young, 1990).

Aceste strategii supracompensatorii nu numai că pot altera interacţiunile sociale, dar se pot transforma într-un fel de comportamente de asigurare şi, din acest motiv, pacientul trebuie determinat să le abandoneze.

Mai ales când strategiile supracompensatorii s-au instalat de mult timp, terapeutul va trebui să-l ajute pe pacient să-şi pună la punct noi strategii, mai eficiente, de interacţiune socială.

Acestea sunt explicate şi apoi exersate în timpul şedinţelor de psihoterapie sub forma unor jocuri de rol: iniţierea unei conversaţii, refuzul unor solicitări, acceptarea criticii, adresarea şi primirea de complimente, acceptarea unor discuţii în contradictoriu etc.

Factori care complică tratamentul pacienţilor fobici (Butler, 1989)

1. În tulburările afective, cum ar fi anxietatea, depresia, atacurile de panică (acestea din urmă sunt cel mai frecvent întâlnite la agorafobici), se recomandă o combinaţie de metode: respiraţia controlată, restructurarea cognitivă şi tehnica expunerii (este utilă mai ales pentru pacienţii care suferă de atacuri de panică şi anxietate situaţională).

Depresia accentuată, asociată cu lipsa de energie, oboseală şi incapacitatea de concentrare a atenţiei, poate întârzia tratamentul pentru că subiectul nu are forţa să-şi ducă la bun sfârşit temele pentru acasă. Din acest motiv este necesar ca depresia să fie tratată separat.

Decizia privind tulburarea care trebuie tratată mai întâi poate fi luată după ce s-a stabilit dacă fobia reprezintă factorul primar care a generat depresia sau nu. Atât în cazul agorafobiei, cât şi fobiei sociale, depresia nu face decât să întreţină fobia, pentru că accentuează tendinţa de retragere a subiectului. Fobicii depresivi sunt uşor de descurajat.

2. Tulburările de personalitate. Prezenţa unei tulburări de personalitate nu trebuie să constituie un motiv pentru a renunţa la tratament, în astfel de cazuri

progresul e mai lent pentru că ostilitatea, dependenţa sau imaginea de sine scăzută pot interfera cu demersul psihoterapeutic.

3. Dependenţa de alcool sau droguri. Dacă dependenţa este severă, aşa cum se întâmplă la aproximativ 7% din agorafobici şi 20% dintre subiecţii cu fobie socială (Amies, Gelder şi Shaw, 1983), trebuie început cu tratamentul dependenţei, abia apoi trecându-se la terapia fobiei.

În cazuri mai puţin grave se poate îmbina tehnica expunerii progresive cu cea a controlului simptomelor, astfel încât pacientul să substituie o formă de control cu alta, mai puţin nocivă. Majoritatea autorilor sunt de părere că medicaţia anxiolitică trebuie redusă progresiv.

4. Problemele interpersonale sunt frecvente la agorafobici, unde teama legată de stabilitatea unei relaţii poate contribui la menţinerea fobiei. Este dificil să abandonezi pe cineva care nu se poate descurca singur, dar în acelaşi timp partenerul poate să considere dificil să manifeşti simpatie pentru fricile iraţionale ale pacientului. Partenerul poate înţelege greşit problema sau poate să-şi asume sarcinile dificile ale pacientului, împiedicând expunerea progresivă.

Totuşi, în majoritatea cazurilor, prezenţa unui prieten sau a rudelor apropiate este utilă pentru succesul terapiei. Trebuie însă ca persoanei să-i fie clar explicate principiile psihoterapiei.

Dificultăţile care apar în cursul terapiei, cum ar fi nerespectarea îndeplinirii temelor pentru acasă, pot fi abordate prin intermediul unor tehnici cognitive. Aceasta trebuie utilizată pentru a explora motivele eşecurilor, care pot implica atât dificultăţi practice de organizare a timpului, cât şi gânduri iraţionale (că fobia este transmisă ereditar sau este nemodificabilă).

Terapeutul trebuie să susţină speranţa pacientului fără a-i garanta succesul în mod categoric, acesta depinzând de eforturile personale ale pacientului. Terapeutul trebuie să sublinieze succesele pacientului, aducându-l pe acesta la convingerea că, dacă va exersa mai mult, se va simţi mai bine.

De asemenea, trebuie discutate cu pacientul expectaţiile pentru viitor, atrăgându-i-se atenţia că fluctuaţiile anxietăţii în cazul fobiilor şi micile căderi sunt un fenomen obişnuit, dar şi faptul că recăderile ţin şi de unii factori situaţionali (stres, îmbolnăvire etc.) şi că el va putea face faţă situaţiei folosind strategiile învăţate în cursul psihoterapiei.

Înainte ca tratamentul să se încheie, trebuie elaborat împreună cu pacientul un program pentru viitor, pentru ca acesta să poată face faţă dificultăţilor care pot să mai apară. Acesta trebuie exprimat cu cuvintele pacientului şi cuprinde strategiile folositoare în diverse situaţii.

Acelaşi autor ne propune *un model de plan pentru viitor* (Butler, 1989):

1. Nu te da în lături de la lucruri dificile. Fă-le repede, înainte de a avea timp să te îngrijorezi din cauza lor.

2. Aminteşte-ţi de câte ori a trebuit să exersezi mersul la magazin înainte de a te simţi bine. Acum şi mersul la piaţă sau în oraş este în regulă.

3. Fă exerciţii de relaxare măcar o dată pe săptămână.

4. Nu te lăsa copleşit de grozăvia situaţiei; este mai constructiv să te gândeşti la progresele realizate şi la ce ai de făcut în viitor. Notează paşii mici la orice ai de făcut.

5. Revezi jurnalele trecute care îţi arată cum au progresat lucrurile şi cât de mult a trebuit să lucrezi asupra ta până când lucrurile s-au îmbunătăţit.

6. Mergi la magazin sau la piaţă şi singură, nu numai însoţită, deşi ţi-e mai comod aşa.

7. Planifică-ţi să mergi la toate concertele lunii viitoare.

8. Expiră lent atunci când te simţi rău.

9. Nu te gândi la ceea ce e mai rău. Cel mai rău lucru nu s-a întâmplat încă.

Dacă lucrurile merg din nou prost:

1. Aminteşte-ţi că toată lumea are recăderi. Nu poţi trece prin viaţă fără să ai şi perioade proaste.

2. Planifică-ţi depăşirea situaţiei în etape. Notează fiecare etapă şi caută să le parcurgi pas cu pas. Notează de fiecare dată cum te simţi.

3. Practică exerciţiile zilnic.

4. Vorbeşte cu familia ta despre cele întâmplate.

Unul din obiectivele tratamentului este ca pacientul să capete încrederea că va putea să-şi rezolve problemele singur. Terapeutul va accentua acest obiectiv, plasând gradat responsabilitatea pe umerii pacientului, devenind tot mai puţin directiv şi mărind intervalul dintre şedinţele de psihoterapie.

XIV. Psihoterapia tulburării anxioase generalizate

Manualul Diagnostic şi Statistic D.S.M. IV (A.P.A., 1994) postulează că incidenţa acestei tulburări în cadrul populaţiei este de aproximativ 3%, iar 12% dintre pacienţii care se prezintă la clinică pentru tulburări anxioase suferă de această afecţiune.

Studiile clinice au demonstrat superioritatea abordării cognitiv-comportamentale faţă de alte tipuri de intervenţie psihoterapeutică în tratamentul tulburării anxioase generalizate (Durham şi Turvey, 1987; Borcovec şi alţii, 1987, Power, Jarrom, Simpson, Mitchell şi Swanson, 1989; Butler, Fennell, Robson şi Gelder, 1991). Aceleaşi studii au evidenţiat faptul că se obţin rezultate pozitive la aproximativ jumătate din pacienţi.

Particularitatea principală a acestei tulburări constă în teama şi îngrijorarea excesivă a pacientului, care se manifestă aproape continuu şi durează mai mult de şase luni. Subiectul afirmă că nu-şi poate controla anxietatea şi prezintă cel puţin trei din următoarele simptome: nelinişte, senzaţia că se află la capătul puterilor, fatigabilitate, dificultăţi de concentrare a atenţiei, senzaţie de vid mental, iritabilitate, încordare musculară şi tulburări de somn (dificultăţi de adormire, treziri frecvente în timpul nopţii sau somn superficial, neodihnitor, cu senzaţie de oboseală la sculare). Conţinutul temerilor şi îngrijorărilor nu este orientat precis, ca în cazul fobiei sociale sau al tulburării hipocondriace.

Anxietatea permanentă îi provoacă subiectului un disconfort puternic, îi afectează viaţa şi activitatea şi nu este datorat abuzului de substanţe psihoactive sau unor probleme medicale somatice, cum ar fi hipertiroidia, sau psihice (anxietatea din cadrul unor psihoze, cum ar fi boala afectivă bipolară – episodul depresiv).

Subiecţii suferind de tulburare anxioasă generalizată se simt permanent tensionaţi, încordaţi, incapabili să se relaxeze şi relatează că se află „la capătul puterilor". Conţinutul îngrijorărilor poate fi mai mult sau mai puţin precizat.

Trebuie subliniat că tendinţa spre îngrijorare este un fenomen normal, specific oamenilor în general, dar şi un fenomen patologic, care apare în calitate de simptom în cadrul altor tulburări, mai ales anxioase.

Raple, Jackel şi Barlow (1989) subliniază că îngrijorările şi temerile subiecţilor cu tulburare anxioasă generalizată diferă puţin, sub aspectul conţinutului, de cele ale oamenilor normali, deosebirea constând în aceea că ele sunt mai puţin controlabile, iar pacienţii reuşesc într-o măsură mai mică să le reducă prin intermediul unor strategii adaptative adecvate.

Pacienţii suferind de tulburare anxioasă generalizată relatează că au perioade relativ îndelungate caracterizate prin prezenţa unor temeri cu caracter cronic şi care îmbracă o tematică variată, începând de la sentimente difuze de îngrijorare până la episoade caracterizate prin ruminaţii anxioase, care durează de la aproximativ zece minute până la câteva ore.

Aşa cum am mai subliniat, pacienţii consideră aceste îngrijorări supărătoare şi necontrolabile, deşi ei afirmă că acestea pot fi, de regulă, întrerupte de evenimente externe; îngrijorările pot fi declanşate spontan de un gând intruziv, dar pot fi iniţiate de subiect şi în mod deliberat.

Wells (1994) este de părere că trebuie să realizăm distincţia între iniţierea (apariţia) îngrijorărilor şi menţinerea acestora. Astfel, în timp ce apariţia lor are de cele mai multe ori un caracter spontan, continuarea acestui proces poate fi supusă controlului voluntar. Acelaşi autor este de părere că deosebirea esenţială dintre subiecţi normali şi subiecţii suferind de tulburare anxioasă generalizată constă în faptul că pacienţii apreciază activitatea respectivă ca fiind incontrolabilă.

Modelul cognitiv al tulburării anxioase generalizate

Wells (1994, 1995) realizează distincţia între îngrijorări de tipul I şi îngrijorări de tipul II. Îngrijorările de tipul I se referă la evenimente cotidiene, cum ar fi situaţia materială, sănătatea sau bunăstarea familiei, situaţia profesională etc., în timp ce îngrijorările de tipul II se referă chiar la gândurile legate de îngrijorări (de pildă, teama că îngrijorările îl vor conduce pe subiect la nebunie); îngrijorările de tipul II reprezintă un fel de îngrijorări cauzate tocmai de faptul că subiectul manifestă îngrijorare.

Modelul cognitiv al tulburării anxioase generalizate presupune că elementul patologic esenţial specific acestei tulburări se referă la incidenţa crescută a îngrijorărilor de tipul II.

Evaluările negative realizate în raport cu fricile şi îngrijorările de tipul I reflectă convingerile negative pe care le nutreşte pacientul faţă de tendinţa sa de a se îngrijora: „îngrijorările mele sunt incontrolabile"; „îmi face rău faptul că îmi fac griji"; „aş putea să înnebunesc de atâtea griji"; „s-ar putea să încep să mă îngrijorez şi să nu mă mai opresc"; „grijile ar putea pune stăpânire pe mine".

În afara convingerilor negative legate de procesul de îngrijorare, pacienţii suferind de tulburare anxioasă generalizată nutresc şi convingeri pozitive referitoare

la beneficiile ruminaţiilor interioare cu conţinut anxiogen, considerându-le un fel de strategii de a face faţă existenţei.

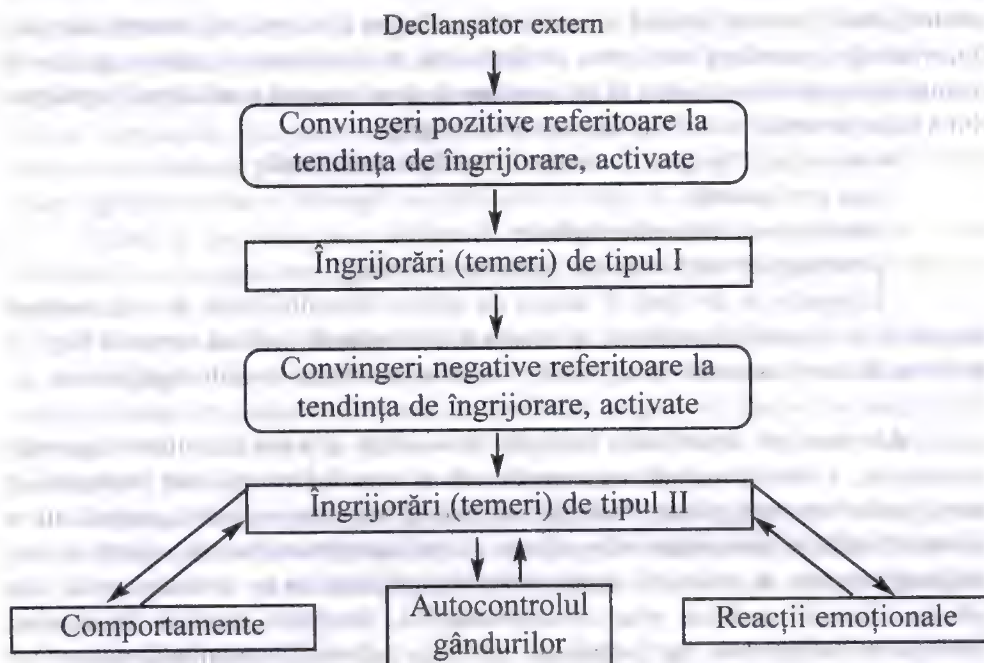
O dată ce temerile şi îngrijorările s-au declanşat, pacientul cu tulburare anxioasă generalizată va avea tendinţa să realizeze anumite raţionalizări, considerând că fricile sale îl ajută să preîntâmpine producerea unei catastrofe posibile. Acesta crede că este important să fii îngrijorat pentru a menţine un anumit nivel al securităţii subiective şi al vigilenţei. Din nefericire, preocupările negative cu conţinut anxiogen nu fac decât să reducă vigilenţa subiectului care ar putea fi confruntat cu o primejdie reală.

Prezentăm mai jos câteva exemple de convingeri pozitive legate de necesitatea prezenţei fricilor şi îngrijorărilor:

- „Îngrijorările mă ajută să fac faţă situaţiilor periculoase" („Dacă mă gândesc la ceea ce s-ar putea întâmpla mai rău, probabil voi face faţă mai bine în caz că s-ar putea întâmpla");
- „Dacă îmi fac griji, pot preveni producerea unor lucruri rele";
- „îngrijorările mă ajută să rezolv problemele";
- „Nu aş fi în stare să fac nimic dacă nu mi-aş face griji";
- „Dacă îmi fac griji, voi fi totdeauna pregătit".

Din păcate, utilizarea îngrijorărilor ca strategii de a face faţă diverselor situaţii produce, la rândul său, alte probleme. Astfel, tendinţa spre îngrijorare va spori sensibilitatea faţă de informaţiile ameninţătoare, subiectul elaborând o serie de scenarii anxiogene care nu vor face altceva decât să sporească intensitatea şi frecvenţa îngrijorărilor.

Wells (1999) este de părere că majoritatea pacienţilor cu tulburare anxioasă generalizată au o istorie lungă în cursul căreia s-a format şi s-a structurat tulburarea. Mulţi pacienţi au utilizat „strategia bazată pe îngrijorare" pentru a face faţă unor probleme de viaţă reale sau imaginare. Această strategie a fost construită pe baza influenţelor educative, parentale, care i-au structurat subiectului convingerea că îngrijorările îl vor ajuta să facă faţă stresurilor diverse cu care ar putea fi confruntat. La un moment dat, în cursul existenţei pacientului, aceste îngrijorări au început să primească şi conotaţii negative. Astfel, de pildă, părintele care îl influenţa în direcţia respectivă a început să aibă probleme psihice sau, pur şi simplu, pacientul s-a convins că acest tip de comportament influenţează negativ performanţele. În aceste condiţii au apărut îngrijorările de tipul II, respectiv îngrijorările faţă de îngrijorări, precum şi o serie de factori cum ar fi răspunsurile în plan comportamental încercările de controlare a gândurilor, precum şi reacţiile emoţionale care s-au constituit în factori adiţionali ce contribuie la escaladarea şi menţinerea tulburării.



Modelul cognitiv al tulburării anxioase generalizate (Wells, 1995)

Reacţiile comportamentale puse în acţiune de către pacient sunt conduitele de evitare şi căutare a asigurărilor. Pacienţii cu tulburare anxioasă generalizată tind să evite o serie de situaţii şi informaţii care au legătură cu îngrijorările de tipul I şi cu cele de tipul II.

Astfel, aceşti pacienţi vor evita situaţiile sociale, confruntarea cu informaţii cu caracter dezagreabil sau situaţiile care ar putea presupune prezenţa unor pericole externe, aceste comportamente ţinând de îngrijorările de tipul I. De asemenea, ei vor avea tendinţa să evite inclusiv apariţia îngrijorărilor (caută să evite să fie îngrijoraţi), element ce se referă la îngrijorările de tipul II.

Pentru ca aceste elemente să fie mai evidente, prezentăm un caz clinic. Gabriel, un arhitect de 35 de ani, s-a prezentat la psihoterapeut pentru atacuri de panică şi anxietate generalizată care durau de aproximativ şase ani. Problema atacurilor de panică a fost relativ uşor soluţionată prin intermediul tehnicilor de psihoterapie cognitiv-comportamentală, în timp ce îngrijorările sale permanente s-au dovedit mai rezistente la tratament. Pacientul afirma că este îngrijorat de tot felul de probleme: că nu ar putea obţine o poziţie profesională superioară, că s-ar putea intoxica cu alimente alterate sau că prietena sa ar putea suferi un accident de circulaţie.

Unul dintre obiectivele psihoterapiei a fost să-l determine pe pacient să se îngrijoreze mai puţin. Acesta a acceptat faptul că îngrijorările sale au un caracter

absurd, dar a precizat că sunt incontrolabile. Pentru a le avea sub control, acesta a încercat să-şi restrângă activitatea profesională, să examineze produsele pe care le cumpăra pentru ca nu cumva să fie expirate şi să se întoarcă acasă după ce prietena lui a sosit, pentru a nu-şi mai face tot felul de griji.

În acest caz, îngrijorările de tipul I au fost următoarele:

- eşec profesional;
- intoxicaţie cu alimente expirate;
- partenera de viaţă ar putea suferi un accident.

Îngrijorările de tipul II aveau ca obiect imposibilitatea de a-şi controla îngrijorările. Faptul că pacientul îşi aranja astfel treburile încât să sosească după ce prietena lui a ajuns acasă era un semn clar că acesta dorea să evite îngrijorarea.

Alte exemple de evitare a tendinţei de a-şi face griji pot fi: evitarea unor stări anxiogene, a unor emisiuni mass-media sau a unor informaţii care presupun un anumit nivel de ambiguitate. Pacienţii suferind de tulburare anxioasă generalizată se caracterizează şi prin punerea în acţiune a unor comportamente de căutare a unor asigurări menite să întrerupă cercul vicios al îngrijorărilor cu caracter cronic. Din păcate, această strategie este contraproductivă, deoarece conduce la sporirea ambiguităţilor legate de îngrijorările de tipul I, iar informaţiile primite de pacient pot avea un caracter contradictoriu.

Mai mult, asigurările primite la anumite intervale de timp (cum ar fi, de exemplu, discuţiile purtate cu un prieten) pot stopa îngrijorările pentru o anumită perioadă de timp, dar pot accentua tendinţa spre îngrijorare dacă asigurările nu vin la momentul aşteptat. Mai precis, căutarea asigurărilor nu face decât să sporească incertitudinea în care se află subiectul şi să-i sporească tendinţa de a-şi face tot felul de griji.

Autocontrolul gândurilor

Pacienţii care suferă de tulburare anxioasă generalizată manifestă un mod particular de a-şi controla gândurile negative; gândurile legate de îngrijorări – consideră ei – au atât un rol pozitiv, cât şi un rol negativ. Aceşti subiecţi au tendinţa de a exploata aşa-zisele avantaje ale gândurilor negative şi de a evita consecinţele lor periculoase. Astfel, pacienţii pun în acţiune ruminaţii controlate cu conţinut negativ menite să genereze şi să exerseze strategii de răspuns şi, în acelaşi timp, ei pot declanşa alte strategii pentru a contracara gândurile negative cu conţinut anxiogen.

În timp ce punerea în acţiune a temerilor de tip I poate fi ţinută sub control de subiect pentru a-şi atinge unele obiective personale, încercările de a bloca tendinţele de îngrijorare (avem în vedere nivelul îngrijorărilor de tipul II) nu fac decât să sporească intensitatea şi frecvenţa gândurilor nedorite, fapt ce va conduce, la rândul

său, la întărirea convingerilor negative referitoare la incapacitatea subiectului de a-şi controla gândurile. Mai mult, există situaţii în care chiar fricile şi îngrijorările pot îndeplini funcţia de comportamente de evitare. Astfel, unii subiecţi au tendinţa de a utiliza ruminaţiile interioare cu conţinut anxiogen pentru a bloca apariţia unor gânduri cu conţinut şi mai ameninţător (Borkovec şi Inz, 1990). În aceste cazuri, chiar îngrijorările devin strategii cognitiv-emoţionale de evitare.

Există şi pacienţi care utilizează tehnicile de distragere pentru a evita ruminaţiile cu conţinut anxiogen, aceştia refugiindu-se în activităţi profesionale sau hobby-uri.

Problema care se ridică în cazul încercărilor de a bloca gândurile anxioase sau de a le evita prin intermediul unor tehnici de distragere a atenţiei constă în aceea că aceste strategii împiedică infirmarea conţinutului negativ al gândurilor respective. Strategiile de controlare a gândurilor negative din cadrul tulburării anxioase generalizate nu reprezintă altceva decât comportamente de asigurare.

Îngrijorările de tipul I pot deveni, la rândul lor, comportamente de asigurare pentru că ele sunt utilizate de subiecţi în vederea prevenirii unor posibile catastrofe, acesta repetând în plan mental diverse strategii de abordare a unor posibile ameninţări.

Celelalte strategii şi tentative de reprimare sau controlare a tendinţei subiectului de a-şi face griji au rolul de a preveni chiar pericolul producerii ruminaţiilor cu conţinut anxiogen, acestea reprezentând comportamente de asigurare de tipul II (îngrijorare pentru faptul că subiectul s-ar putea îngrijora).

Temerile de tipul I şi II sunt asociate cu reacţii emoţionale corespunzătoare. Îngrijorările de tipul I sunt însoţite de creşterea anxietăţii şi supraîncordării sau de reducerea acestora dacă obiectivele îngrijorărilor au fost atinse. Odată cu activarea îngrijorărilor de tipul II se produce o escaladare a anxietăţii, simptomele emoţionale putând fi interpretate ca dovezi în sprijinul îngrijorărilor de tipul II. Astfel, simptome cum ar fi incapacitatea de relaxare, dificultăţile de concentrare a atenţiei, fuga de idei pot fi considerate de subiectul anxios ca fiind simptome ale pierderii autocontrolului mental, ale producerii unei „catastrofe" în plan psihic, fapt ce poate contribui la declanşarea unui atac de panică.

Obţinerea unor informaţii în vederea conceptualizării modelului cognitiv al tulburării anxioase generalizate

În unele situaţii de tulburare anxioasă generalizată, îngrijorările sau fricile de tipul II (denumite de către Wells, 1994, şi metaîngrijorări) sunt clar exprimate, în timp ce în alte cazuri sunt mai dificil de evidenţiat. Terapeutul va trebui să pună în acţiune o serie de strategii de evidenţiere a acestora deoarece succesul tratamentului depinde în mare măsură de aceste informaţii.

Mai mult, asigurările primite la anumite intervale de timp (cum ar fi, de exemplu, discuţiile purtate cu un prieten) pot stopa îngrijorările pentru o anumită

perioadă de timp, dar pot şi accentua tendinţa spre îngrijorare dacă asigurările nu vin la momentul aşteptat. Mai precis, căutarea asigurărilor nu face decât să sporească incertitudinea în care se află subiectul şi să-i sporească tendinţa de a-şi face tot felul de griji.

Tehnica întrebărilor dirijate

Unul din obiectivele cele mai importante ale procesului de evaluare în cadrul psihoterapiei constă în obţinerea unor date referitoare la semnificaţia pe care o are tendinţa la îngrijorare ca determinantă principală a problemei pacientului.

Întrebările adresate pacientului sunt de tipul următor:

„De ce te supără atât de mult faptul că te îngrijorezi?";

„Dacă îngrijorările şi temerile îţi creează disconfort, de ce nu încetezi să-ţi faci griji?";

„Se poate întâmpla ceva rău dacă te laşi în voia îngrijorărilor?";

„Cât de mult poţi să-ţi controlezi tendinţa de a-ţi face griji?";

„Ce ar reprezenta pentru tine faptul că nu ţi-ai mai face atâtea griji?";

„Crezi că este normal să te îngrijorezi atât de mult?";

„Care ar fi lucrul cel mai rău care s-ar putea întâmpla dacă nu ai mai încerca să-ţi ţii îngrijorările sub control?".

În cadrul discuţiilor purtate cu pacientul, terapeutul trebuie să fie atent la afirmaţii de acest gen:

„Problema mea este că îmi fac prea multe griji";

„Am perioade când mă îngrijorez din orice";

„Nu cred că voi fi vreodată capabil să nu-mi mai fac griji";

„Îmi fac griji tot timpul".

Aceste afirmaţii cu caracter general oferă psihoterapeutu-lui acces la îngrijorările de tigul II, care se referă la însuşi procesul de a se simţi îngrijorat. În continuare, terapeutul va trebui să analizeze implicaţiile tendinţei de îngrijorare, să afle care este cel mai rău lucru despre care pacientul crede că se poate întâmpla, precum şi care este motivul care-l împiedică pe acesta să înceteze să-şi mai facă atâtea griji.

Prezentăm mai jos un fragment de dialog realizat între psihoterapeut şi Georgeta, o profesoară de 34 de ani diagnosticată cu tulburare anxioasă generalizată.

G: Nu pot să mă opresc din îngrijorare (o primă informaţie despre metaîngrijorări şi care se referă la caracterul incontrolabil al acestora).

T: Ce se va întâmpla dacă nu te vei opri din acest proces de îngrijorare permanentă?

G: Viaţa mea va deveni un coşmar. Mă voi simţi rău în permanenţă.

T: Ce înseamnă faptul că viaţa ta va deveni un coşmar?

G: Aş dori să fiu o persoană normală.

T: Crezi că nu eşti o persoană normală?

G: Nu este normal să te temi şi să-ţi faci griji tot timpul.

T: Dacă înţeleg bine eşti îngrijorată de faptul că ai putea fi anormală.

G: Am o mătuşă bolnavă de schizofrenie şi mă tem că acesta ar putea fi un debut al acestei boli şi la mine.

Analiza avantajelor şi dezavantajelor menţinerii metaîngrij orărilor (îngrijorările de tipul II)

Prezentăm o listă a avantajelor şi dezavantajelor menţinerii metaîngrijorărilor pentru Cristian, economist, în vârstă de 46 de ani, care suferă de 9 ani de anxietăţi legate de starea de sănătate, de faptul că nu va fi suficient de competent în plan profesional şi că vor avea loc accidente în care va fi implicat el însuşi sau apropiaţii lui.

Avantajele menţinerii ruminaţiilor cu conţinut anxiogen (metaavantajelor şi dezavantajelor menţinerii metaîngrijorărilor)	Dezavantajele menţinerii acestora
1. Voi fi mai vigilent. 2. Mă voi purta mai frumos cu subalternii. 3. Voi fi mai atent atunci când predau lucrările. 4. Voi fi pregătit să fac faţă unor dificultăţi. 5. Voi face mai frecvent investigaţii medicale.	1. Voi fi tot timpul anxios şi încordat. 2. Capacitatea mea de concentrare se va reduce. 3. Nu mă voi putea bucura de nimic. 4. Voi avea un randament scăzut în activitate. 5. Gândurile mă vor împiedica să întreprind ceea ce doresc. 6. Este periculos să-ţi faci atâtea griji. 7. Gândurile şi fricile mele sunt incontrolabile.

Identificarea tendinţei de a controla gândurile

Existenţa unor comportamente prin intermediul cărora subiectul încearcă să-şi controleze gândurile reprezintă un semnal că acesta evaluează negativ temerile şi îngrijorările sale.

Terapeutul va conduce astfel dialogul încât să identifice metaîngrijorările (îngrijorările de tipul II).

Prezentăm în cele ce urmează un astfel de dialog terapeutic realizat cu Stelian, student la filosofie, în vârstă de 21 de ani.

T: Atunci când te cuprind îngrijorările în weekend, cum procedezi?

S: Îmi petrec ore în şir gândindu-mă că prietena mea care este din Braşov ar putea avea un accident şi eu nu aş putea face nimic pentru a-l preveni sau pentru a o ajuta.

T: Se pare că nu faci altceva decât să te îngrijorezi.

S: Încerc să întreprind câte ceva, de pildă să-mi spun că nu am nici un motiv de îngrijorare, dar acest lucru nu mă ajută prea mult.

T: Crezi că nu ai nici un motiv de îngrijorare?

S: Sunt conştient de faptul că îngrijorările mele nu sunt necesare. Alţi oameni nu procedează astfel, dar totuşi nu mă pot opri să nu-mi fac griji.

T: Când spui că nu te poţi opri, ce înţelegi prin asta?

S: Odată ce încep să-mi fac griji, nu mă mai pot opri. Gândurile rele parcă nu vor să iasă din capul meu.

T: Întreprinzi ceva pentru a-ţi scoate din cap gândurile care te deranjează?

S: Da, încerc să evaluez riscurile, încerc să mă încurajez singur, dar parcă este şi mai rău.

T: Se pare că uneori încerci să nu te îngrijorezi, alteori încerci să găseşti argumente pentru îngrijorările tale. De ce nu laşi pur şi simplu gândurile legate de temerile tale să se deruleze fără să faci nimic?

S: În acest caz, ele nu vor dispărea niciodată, îmi vor distruge ziua şi voi înnebuni.

T: Ce înţelegi prin faptul că acele gânduri nu vor dispărea niciodată?

S: Îmi voi ieşi din minţi pentru că nu voi fi în stare să le opresc.

T: Înseamnă că încerci să aduci argumente raţionale, să-ţi spui că nu se va întâmpla nimic rău pentru a opri dezastrul care s-ar putea produce.

S: Da, este îngrozitor atunci când încep să apară acele gânduri.

T: Cât de mult apreciezi, pe o scală de la 0 la 100, faptul că îţi vei pierde controlul sau că vei înnebuni?

S: În cazul în care nu întreprind nimic, în proporţie de 80%.

T: Cât de mult crezi că ceea ce faci în weekend pentru a stopa procesul de îngrijorare care te-ar putea duce la pierderea minţilor este eficient?

S: Ar fi mult mai rău dacă nu mi-aş oferi asigurări. Cred în proporţie de 60%.

În urma dialogului purtat cu pacientul, terapeutul a izbutit să evidenţieze temerile acestuia legate de ce anume s-ar putea întâmpla dacă acesta şi-ar pierde controlul. În acest caz, comportamentele de control presupun faptul că subiectul îşi repetă în gând să nu-şi facă griji şi îşi acordă asigurări, evaluând riscurile posibile ale producerii situaţiei de care se teme. Metaîngrijorările lui Stelian se referă la faptul că tendinţa spre îngrijorare este necontrolabilă şi poate conduce la nebunie.

Adesea, pacienţii ale căror metaîngrijorări se referă la pierderea autocontrolului, la anormalitate sau boală psihică, au rezerve în dezvăluirea unor

astfel de date despre ei. Mai mult, aceştia se tem că psihoterapeutul va confirma faptul că aceste elemente chiar sunt simptomele unei boli psihice. În acest caz, terapeutul va trebui să utilizeze experimentele în plan comportamental pentru a surprinde în mod indirect acest tip de metaîngrijorări. Sunt utile, de asemenea, chestionarele de anxietate special elaborate pentru evaluarea subiecţilor propuşi pentru psihoterapia cognitiv-comportamentală.

Conceptualizarea unui caz concret pe baza modelului cognitiv al tulburării anxioase generalizate (adaptat după Wells, 1999)

Imaginea partenerei
care a suferit un accident

↓

„Trebuie să-mi fac griji pentru a face faţă situaţiei"

↓

Temeri legate de posibile consecinţe catastrofale

↓

„Dacă nu-mi controlez gândurile, acestea mă vor controla pe mine"

↓

„Îmi voi pierde autocontrolul; voi înnebuni"

↓↑

Comportamente:	Controlul gândurilor:	Emoţii:
Evită informaţiile legate de accidente. Este permanent informat unde se află prietena sa. Îi telefonează mereu pe telefonul celular. Evită să discute despre activitatea ei (este reporter şi face călătorii prin ţară).	Tehnici de distragere. Tentative de a gândi pozitiv. Tentative de a opri gândurile negative.	Anxietate Simptome: Supraîncordare. Nelinişte. Dificultăţi de concentrare a atenţiei. Senzaţie de vomă.

Un element central al modelului şi care nu este atât de uşor de surprins de către pacient constă în faptul că nu atât temerile faţă de evenimentele externe sau cele interne (de pildă, teama în legătură cu starea de sănătate) reprezintă problema principală, ci mai ales îngrijorările faţă de îngrijorări (metaîngrijorările sau îngrijorările de tipul II).

Pentru ca pacientul să poată înţelege acest concept de metaîngrijorări, terapeutul trebuie să acorde o atenţie deosebită conţinutului temerilor şi îngrijorărilor acestuia. Întrebarea specifică este, în general, aceasta: „Dacă ai înceta să-ţi faci griji în legătură cu problema X, ar rezolva acest lucru situaţia ta?“ De regulă, pacienţii care suferă de tulburare anxioasă generalizată afirmă că vor găsi imediat o altă temă de îngrijorare. În continuare, terapeutul ar putea adresa întrebarea următoare: „Atunci consideri că este mai bine să ne ocupăm de temerile tale concrete sau de factorii care menţin tendinţa ta de a te îngrijora?“.

O dată ajuns în acest punct, terapeutul va aborda problemele legate de opiniile subiectului cu privire la tendinţa sa generală de a se îngrijora.

Fişa de notare a temerilor şi îngrijorărilor (Wells, 1999)

Aceasta reprezintă o fişă de autoevaluare în care pacientul este solicitat să-şi noteze temerile şi îngrijorările şi este utilă mai ales pentru conştientizarea metaîngrijorarilor sau îngrijorărilor de tipul II.

Data	Situaţia	Factorul declanşator	Descrierea temerii (îngrijorării)	Îngrijorarea în raport cu îngrijorarea (metaîngrijorarea sau îngrijorarea de tipul II)	Emoţii	Reacţii la metaîngrijorări	Reevaluareastări loremoţionale

Într-o fază iniţială a psihoterapiei, multor pacienţi le este dificil să identifice metaîngrijorările şi vor nota doar temerile şi îngrijorările cu caracter primar. Terapeutul va trebui să analizeze aceste răspunsuri şi să deducă natura metaîngrijorarilor prin intermediul unor întrebări special elaborate.

Odată identificată natura şi rolul metaîngrijorarilor, terapeutul va examina, prin intermediul dialogului şi experimentelor realizate în plan comportamental, efectul negativ al comportamentului caracterizat prin tendinţa spre îngrijorare. Cele mai frecvent utilizate experimente în sfera comportamentală sunt experimentul de blocare a gândurilor şi experimentele de tipul „ce ar fi dacă?“. (Wells, 1999).

Blocarea gândurilor

Observaţiile clinice au arătat faptul că tentativele unui subiect de a nu se gândi la un anumit lucru produc efectul paradoxal prin care gândul respectiv devine şi mai intruziv, perturbând activitatea psihică a persoanei în cauză. Acest fenomen va fi

utilizat de către terapeut pentru a demonstra pacientului ce se întâmplă dacă acesta încearcă să nu se gândească sau să-şi controleze gândurile negative nedorite; în cazul în care acestuia i se cere să nu se gândească la ceva anume timp de câteva minute, rezultatul va fi că acel gând va începe să-l obsedeze. Astfel, terapeutul îi va demonstra că orice încercare de a bloca gândurile anxiogene (îngrijorările) se va solda cu un eşec, de unde rezultă ineficienta tendinţei acestuia de a exercita un control asupra gândurilor sale.

Experimentul de tipul „ ce ar fi dacă? „

Unii pacienţi anxioşi afirmă că se îngrijorează foarte mult în tendinţa lor de a-şi rezolva problemele şi de a-şi optimiza capacitatea de a face faţă stresurilor. Experimentul de tipul „ce ar fi dacă?" are menirea să demonstreze pacientului că stilul de gândire bazat pe îngrijorare excesivă nu face decât să exagereze dimensiunile problemelor.

Experimentul se va realiza sub forma unui joc de rol în care terapeutul va provoca pacientului prin intermediul unor întrebări de tipul „ce s-ar întâmpla dacă?". Pacientul va trebui să răspundă la fiecare întrebare de acest tip, după care terapeutul va adresa o nouă întrebare care să sugereze cele mai negative posibilităţi.

Prezentăm mai jos următorul exemplu (Wells, 1999):

T: Aş dori să încercăm un experiment pentru a-ţi demonstra ce se întâmplă atunci când te gândeşti la toate posibilităţile care s-ar putea petrece în situaţia care te face să te îngrijorezi. Hai să începem cu îngrijorarea ta principală: „Ce va fi dacă soţul meu va avea un accident de maşină?". Eu voi personifica îngrijorările tale şi îţi voi adresa o serie de întrebări de tipul „ce ar fi dacă?", în timp ce tu vei încerca să te gândeşti şi să găseşti o modalitate de a face faţă situaţiei. Hai să începem. Ce va fi dacă soţul meu va avea un accident de maşină?

P: Depinde de cât de serios va fi acesta.

T: Ce va fi dacă va fi ceva serios?

P: El va trebui transportat la spital.

T: Şi ce va fi dacă va fi serios accidentat?

P: Nu ştiu cum mă voi descurca. Va trebui să le spun copiilor, îl voi vedea zăcând în pat cu tot felul de perfuzii.

T: Ce va fi dacă nu va fi sigur că va supravieţui?

P: Voi rămâne singură cu copiii şi el îmi va lipsi mult. Voi cere ajutorul părinţilor mei.

T: Ce va fi dacă soţul tău va deceda şi părinţii vor fi prea în vârstă pentru a te ajuta?

P: Viaţa mea ar fi foarte tristă. Voi suferi o cădere psihică.

T: Ce va fi dacă îţi vei pierde minţile?

P: Nu mă voi mai putea ocupa de copii.

T: Ce va fi dacă nu te vei mai putea ocupa de copii?

P: Copiii îmi vor fi luaţi. Viaţa lor va fi îngrozitoare şi mie nu-mi va mai rămâne nimic. Voi sfârşi probabil într-un ospiciu.

T: Ei bine, hai să ne oprim aici. Ce se întâmplă dacă îţi faci griji?

P: Mă gândesc la lucruri din ce în ce mai rele.

T: Este adevărat, generezi alternative tot mai îngrozitoare. Cât de util este acest lucru în reducerea anxietăţii şi cât de mult te ajută să te descurci în viaţă?

P: Nu mă ajută deloc, nu mă face decât să mă stresez tot mai mult.

Într-o etapă mai avansată a psihoterapiei este necesar ca pacientul să conştientizeze faptul că utilizarea îngrijorărilor în scopul rezolvării unor probleme este susţinută de convingerile pacienţilor în legătură cu aceste îngrijorări; în acest moment se pune problema modificării convingerilor cu conţinut disfuncţional.

Tehnicile psihoterapeutice propriu-zise

Psihoterapeutului trebuie să-i fie clar că, indiferent de tehnica utilizată, aceasta trebuie să aibă drept obiectiv infirmarea metaîngrijorărilor, precum şi a convingerilor disfuncţionale legate de acestea.

Tratamentul propriu-zis constă în adresarea unor provocări în vederea infirmării convingerilor legate de incontrolabilitatea gândurilor, a meta-îngrijorărilor, precum şi a convingerilor legate de acestea.

Metode verbale de reatribuire

Verificarea veridicităţii metaîngrijorărilor (sau îngrijorărilor de tipul II). Terapeutul va adresa pacientului o serie de întrebări prin intermediul cărora acesta să se convingă de faptul că nu are suficiente argumente pentru a susţine că îngrijorările i-ar putea face rău.

Elvira, traducătoare, în vârstă de 36 de ani, suferă de tulburare anxioasă generalizată. Prezentăm un fragment de dialog între aceasta şi psihoterapeut. *T:* Cât de mult crezi că fricile şi îngrijorările tale te vor face să înnebuneşti?

E: Sunt sigură de acest lucru. Cred în proporţie de 80%.

T: Ce te face să crezi că temerile şi îngrijorările te vor face să-ţi pierzi minţile?

E: Nu ştiu, dar mă simt foarte rău.

T: Este neplăcut să-ţi faci griji, dar reprezintă aceasta o dovadă a faptului că vei înnebuni?

E: Presupun că ar putea fi, nu ştiu. Aţi putea să-mi spuneţi cum este atunci când înnebuneşti?

T: Depinde ce înţelegi prin termenul de nebunie.

E: Să-ţi pierzi minţile, să ai tot felul de gânduri rele pe care nu le poţi controla, aşa cum i s-a întâmplat mamei mele.

T: Ce anume i s-a întâmplat mamei tale?

E: Ea s-a simţit tot mai rău şi în cele din urmă a avut o cădere psihică şi a ajuns la o clinică de psihiatrie.

T: Crezi că acest lucru ţi se va întâmpla şi ţie?

E: Ea şi-a făcut totdeauna o mulţime de griji şi, în cele din urmă, acestea au doborât-o.

T: Din acest motiv crezi că grijile te-ar putea face să înnebuneşti?

E: Da, cred că acest lucru ar putea să mi se întâmple şi mie.

T: De unde şti că îngrijorările au adus-o pe mama ta în starea aceasta?

E: Presupun că aşa au stat lucrurile.

T: Au mai existat şi alte motive care i-au putut provoca boala psihică?

E: Da, ea se simţea foarte deprimată.

T: Bine. Atunci ai vreo dovadă clară a faptului că îngrijorările te pot face să înnebuneşti?

E: Nu, nu am această dovadă, dar sunt sigură că fricile şi îngrijorările nu fac bine nimănui.

T: Vom examina acum presupunerea ta că temerile sunt nocive. Ce anume te face să crezi acest lucru?

Terapeutul va conduce în continuare dialogul astfel încât pacienta să se convingă de faptul că tendinţa de a fi îngrijorată este inofensivă. În unele cazuri este indicat ca terapeutul să dirijeze discuţia în aşa fel încât să abordeze mecanismele prin intermediul cărora pacientul crede că temerile şi îngrijorările pot produce o boală psihică. Dacă acesta consideră că stresul este cel care face ca temerile să provoace căderi psihice, discuţiile vor fi dirijate în vederea infirmării acestei ipoteze.

Modificarea convingerilor legate de incontrolabilitatea gândurilor negative cu conţinut anxiogen

Deoarece îngrijorările şi temerile reprezintă procese atenţionale complexe, acestea pot fi întrerupte în cazul în care subiectul desfăşoară alte activităţi mentale. Factorii modulatori ai îngrijorărilor reprezintă acele evenimente sau activităţi care stopează tendinţa subiectului de a-şi face griji. O dată identificată prezenţa acestor factori modulatori, experienţa pacientului va fi utilizată pentru a-i demonstra că îngrijorările au un caracter controlabil.

Angela, secretară, în vârstă de 31 de ani, suferind de tulburare anxioasă generalizată, este convinsă că nu-şi poate controla gândurile. Prezentăm un dialog purtat de către aceasta cu psihoterapeutul.

T: Notează pe o scală de la O la 100 cât de mult crezi că nu-ţi poţi controla tendinţa de a te îngrijora.

A: Cred că nu o pot controla cam în proporţie de 80%.

T: Când a fost ultima dată când ai fost foarte serios îngrijorată?

A: Azi dimineață m-am îngrijorat foarte tare pentru că fiica mea a plecat în excursie și m-am temut că ar putea să răcească.

T: Această îngrijorare a avut un caracter controlabil?

A: Nu, nu m-am putut opri să mă gândesc la asta toată dimineața.

T: Ai încercat să nu te mai gândești la ceea ce te supăra?

A: Da, mi-am spus în gând că totul va fi bine, dar acest lucru nu mi-a ajutat prea mult.

T: Ce te-a oprit totuși să continui să te îngrijojezi?

A: A sunat o vecină la ușă și pentru câteva momente am uitat de problemele mele. După aceea parcă nu a mai fost atât de rău.

T: Iată deci că, în unele situații, tendința ta de a-ți face griji se oprește. Dacă acest proces ar fi necontrolabil, crezi că s-ar întâmpla acest lucru?

A: Nu, gândurile negative ar fi prezente în permanență.

T: Corect. Îți mai amintești situații în care făceai ceva sau în care s-a petrecut ceva și gândurile tale legate de îngrijorări s-au oprit?

A: Da, atunci când citesc sau fac ceva interesant nu îmi mai fac griji.

T: Ce concluzie tragi de aici?

A: Aceasta înseamnă că îmi pot controla gândurile.

T: Cât de mult mai crezi că gândurile tale nu sunt controlabile?

Pacienții suferind de tulburare anxioasă generalizată consideră că a-ți face griji reprezintă un fenomen negativ și periculos. Psihoterapeutul trebuie să le explice faptul că a te îngrijora este un fenomen normal, specific majorității oamenilor. Astfel, studiile au evidențiat că aproximativ 79% dintre subiecții cărora li s-a cerut să completeze un jurnal timp de două săptămâni relatau că au manifestat îngrijorări frecvente (Wells și Morrison, 1994).

Psihoterapeutul va utiliza astfel de date pentru a combate convingerile negative pe care le nutresc anxioșii în legătură cu efectul negativ al temerilor lor. (Dacă 79% din populație își face griji timp de două săptămâni, acest lucru înseamnă că ei sunt bolnavi psihici?)

Tehnica disonanței cognitive

Existența unor convingeri negative și pozitive în legătură cu tendința de îngrijorare poate facilita inducerea tehnicii disonanței cognitive care, la rândul ei, poate contribui la slăbirea sistemului de credințe și convingeri al subiectului și poate întări motivația pentru schimbare.

O puternică disonanță cognitivă apare atunci când două convingeri contradictorii sunt activate și par să fie în același timp adevărate. De exemplu, convingerile că tendința de a-și face griji este utilă și în același timp nocivă nu pot fi adevărate în același timp, ele neputând coexista.

Prezentăm mai jos un dialog purtat de către terapeut cu Marcela, o economistă în vârstă de 43 de ani, diagnosticată cu tulburare anxioasă generalizată.

T: Ai afirmat că eşti convinsă că tendinţa ta de a avea permanent tot felul de frici şi temeri îţi va face rău. Cât de mult crezi că acest lucru este adevărat?

M: Dacă voi continua să-mi fac tot felul de griji sunt sigură că voi avea atât probleme psihice, cât şi somatice. Cred acest lucru în proporţie de 75%.

T: Dacă crezi că este atât de periculos, de ce continui să-ţi faci griji?

M: Nu mă pot opri. Mereu găsesc un motiv de îngrijorare. O dată ce încep să mă îngrijorez, frământ gândurile respective în minte până când încep să mă simt ceva mai bine şi cred că voi putea face faţă mai bine unei nenorociri care s-ar putea întâmpla.

T: Vrei să spui că îngrijorările te ajută să faci faţă unor stresuri viitoare?

M: Cred că aşa stau lucrurile.

T: Mi se pare că ai păreri contradictorii în legătură cu temerile şi tendinţele tale de a te îngrijora. Pe de o parte crezi că faptul de a fi îngrijorată te ajută să faci mai bine faţă situaţiilor, iar pe de altă parte crezi că temerile şi îngrijorările ţi-ar putea face rău. Nu cred că ambele opinii sunt adevărate. Pe care o susţii de fapt?

M: Înţeleg ce vreţi să spuneţi. Probabil că nu este chiar atât de periculos să te îngrijorezi.

T: Cât de mult crezi acum că îngrijorările te-ar putea îmbolnăvi?

M: În proporţie de 20%.

T: Pe ce te bazezi când te referi la acest procent?

M: Deşi a-ţi face griji nu pare un fenomen atât de periculos cum am crezut la început, ar putea fi o problemă dacă îţi faci griji prea mult timp.

T: Dar dacă îţi faci mai multe griji nu te ajută acest lucru să faci faţă mai bine diverselor situaţii?

M: Chiar şi lucrurile bune pot fi nocive dacă le practici în exces.

T: Poate că ar fi indicat să realizăm un mic experiment pentru a vedea în ce măsură îţi poţi face rău îngrijorându-te.

În cadrul acestui dialog întrebările sunt astfel conduse pentru a produce slăbirea convingerii legate de efectul negativ al temerilor şi îngrijorărilor. Există şi posibilitatea de a zdruncină şi concepţia opusă. Indiferent în ce direcţie se merge, până la urmă efectul terapeutic va fi atins, pentru că obiectivul urmărit este zdruncinarea ambelor convingeri disfuncţionale. O dată zdruncinată una dintre convingeri, terapeutul va conduce procesarea psihoterapeutică pentru a elimina şi convingerea opusă.

Deşi îngrijorările şi temerile sunt exprimate predominant în termeni verbali, acestea pot fi declanşate sau însoţite de imagini care întruchipează diverse catastrofe. La majoritatea pacienţilor aceste imagini au un caracter static. În aceste situaţii, terapeutul trebuie să-l înveţe pe pacient să realizeze un antrenament mental în stare de relaxare, în cadrul căruia să deruleze imagini cu caracter

dinamic şi cu final pozitiv: acesta se vede pe sine făcând faţă cu bine situaţiei de care se teme.

Însă terapeutul trebuie să fie atent pentru ca pacientul să nu transforme aceste variante de antrenament mental în comportamente de asigurare care să împiedice infirmarea gândurilor şi convingerilor negative. Mai precis, antrenamentul mental nu va trebui utilizat pentru a stopa procesul de îngrijorare, ci abia după ce s-a realizat într-o măsură suficient de mare schimbarea atitudinală.

Experimentele în sfera comportamentală

Controlul activităţii de generare a unor gânduri cu conţinut anxiogen a fost pus la punct de Borkovec şi alţii (1983) şi se bazează pe ipoteza conform căreia tendinţa subiectului de a se îngrijora reprezintă o reacţie învăţată de răspuns la o situaţie anxiogenă ce poate fi considerată ca un răspuns cognitiv al cărui obiectiv îl reprezintă evitarea unor traume viitoare. Tendinţa de a-şi face griji pare, pentru subiect, necontrolabilă şi, din acest motiv, tratamentul bazat pe controlul acesteia îi oferă posibilitatea de a stăpâni situaţia. Strategia propriu-zisă implică următoarele etape (Borkovec, 1983):

1. Identificarea gândurilor anxiogene care reprezintă conţinutul îngrijorărilor;
2. Stabilirea unei perioade de 30 de minute în care subiectul trebuie să se îngrijoreze. Este necesar ca activitatea respectivă să se desfăşoare la aceeaşi oră şi în acelaşi loc (este vorba de o tehnică de tip comportamentalist de control al stimulilor, dar şi de o tehnică de psihoterapie prin intervenţie paradoxală, care presupune prescrierea simptomului);
3. Pacientului i se cere să surprindă momentele în care se îngrijorează, să amâne această preocupare şi să se ocupe de alte activităţi care îi solicită atenţia;
4. Utilizarea perioadei de 30 de minute pentru a-şi face griji în legătură cu problema care îl preocupă şi apoi angajarea într-un demers de rezolvare de probleme pentru a elimina motivele de îngrijorare.

Wells (1999) este de părere că deşi această strategie dă unele rezultate în terapia tulburărilor anxioase, din perspectiva teoriei cognitiviste trebuie să ţinem seama de câteva aspecte:

- în primul rând, trebuie eliminată ideea referitoare la caracterul necontrolabil al îngrijorărilor, terapeutul punând accentul pe reducerea convingerilor negative în legătură cu imposibilitatea controlului gândurilor anxiogene, precum şi pe opiniile subiectului cu privire la aspectele pozitive şi negative ale îngrijorărilor;
- în al doilea rând, trebuie combătută considerarea tendinţei de a-şi face griji ca pe un proces de rezolvare de probleme, deoarece va întări convingerea negativă a acestuia cu privire la rolul benefic al ruminaţiilor interioare cu conţinut anxiogen;
- în al treilea rând, strategiile de controlare a tendinţei de a se îngrijora pot să împiedice expunerea subiectului la acele situaţii care vor forma metaîngrijorările sau îngrijorările de tipul II.

Dacă un pacient anxios va nutri convingerea că dacă nu reuşeşte să-şi controleze îngrijorările, acest lucru îi va declanşa o boală psihică, el nu va putea să-şi modifice metaconvingerea că ruminaţiile anxiogene conduc la boli psihice. Ţinând seama de aceste precizări, Wells (1999) consideră că strategia de controlare a tendinţei subiectului de a-şi face griji trebuie să aibă ca obiectiv infirmarea convingerilor negative referitoare la metaîngrijorări. Astfel, strategia de controlare a îngrijorărilor devine un experiment realizat în sfera comportamentală, experiment menit să infirme convingerea legată de faptul că îngrijorările şi ruminaţiile anxiogene au un caracter necontrolabil.

Instructajul administrat subiectului este următorul (Wells, 1999):

„Îngrijorarea reprezintă un proces cognitiv complex. Deşi tendinţa ta de a te îngrijora pare imposibil de controlat, acest lucru nu este adevărat; probabil că ţi-ai dat seama de asta atunci când ai încetat să-ţi faci griji pentru că s-a petrecut ceva care ţi-a abătut atenţia de la temerile tale.

Pentru a afla ceva mai mult despre modul în care funcţionează acest proces de a-ţi face mereu griji, aş dori să procedezi astfel:

1. Atunci când constaţi că începi să te îngrijorezi amână această activitate, spunându-ţi în gând că îţi vei acorda mai târziu un timp special pentru a te gândi la problema ta;

2. Alege un anumit moment al zilei când îţi vei da voie să te îngrijorezi timp de 15 minute;

3. Atunci când vine momentul respectiv, permite-ţi să te îngrijorezi timp de 15 minute, dar numai dacă simţi că trebuie să o faci. Notează pe un caiet de ce ai simţit nevoia să te îngrijorezi.

Majoritatea pacienţilor relatează că au fost capabili să amâne ruminaţiile interioare anxiogene şi adesea nu au utilizat perioadele special destinate îngrijorărilor. Nivelul credinţei în caracterul necontrolat al îngrijorărilor trebuie evaluat înainte şi după realizarea experimentului.

Instrucţiunile paradoxale

Pacienţii sunt solicitaţi să se îngrijoreze cât mai mult, până la pierderea controlului asupra gândurilor lor. De asemenea, aceştia sunt instruiţi să se străduiască din răsputeri să producă acele dezastre de care se tem cel mai mult. În mod paradoxal, cu cât subiectul încearcă mai mult să-şi piardă autocontrolul asupra temerilor sale, cu atât reuşeşte mai puţin, îngrijorările apărându-i mult mai controlabile decât şi-ar fi imaginat. În felul acesta, subiectul se va convinge că pierderea controlului mental nu este posibilă în cazul său.

Suspendarea controlului gândurilor

Strategiile de reprimare a gândurilor anxiogene, de distragere, precum şi încercările de menţinere a autocontrolului mental reprezintă comportamente de

asigurare pe care pacientul anxios le pune în acţiune pentru a evita consecinţele. Terapeutul va recomanda acestuia să se îngrijoreze fără a pune în acţiune respectivele comportamente de asigurare pentru a infirma convingerile disfuncţionale că ruminaţiile interioare anxiogene i-ar putea produce o boală psihică.

Metoda anchetei

Se utilizează pentru a infirma metaîngrijorările, respectiv convingerea referitoare la caracterul nociv al îngrijorărilor. Pacientului i se cere să intervieveze prieteni, cunoscuţi şi rude pentru a afla dacă aceştia se îngrijorează şi cum ar reacţiona ei faţă de o persoană care are tendinţa de a-şi face în permanenţă griji.

Modificarea convingerilor pozitive referitoare la îngrijorări

Se utilizează metodele cunoscute de reatribuire verbală în vederea modificării convingerii eronate că îngrijorările au un caracter necesar. Terapeutul va utiliza tehnica de contraargumentare pentru a infirma convingerea respectivă. Printre contraargumentele cele mai frecvent utilizate putem include următoarele: îngrijorarea creează o dispoziţie proastă, reprezintă o pierdere de timp, perturbă capacitatea de concentrare a persoanei, are un caracter nerealist şi nu oferă nici un avantaj în confruntarea cu problemele reale ale vieţii. Terapeutul va furniza exemple din care să rezulte că, în majoritatea situaţiilor, oamenii nu s-au îngrijorat, dar au făcut faţă foarte bine unor situaţii stresante.

Este necesară şi modificarea convingerii eronate conform căreia îngrijorările – ca strategii de a face faţă situaţiilor stresante – reflectă în mod adecvat datele realităţii şi, din acest motiv, au un caracter adaptativ. Terapeutul îi poate cere pacientului să-şi amintească de un moment când a trebuit să facă faţă unei situaţii stresante şi şi-a făcut înainte foarte multe griji. Acesta va trebui să descrie conţinutul îngrijorărilor cu foarte multe detalii, incluzând gânduri, imagini şi, mai ales, finaluri cu conţinut negativ. În continuare, pacientul va trebui să descrie situaţia reală şi să compare datele scenariului anticipativ bazat pe anxietate şi îngrijorare cu datele realiăţii. Rezultatul comparaţiei este utilizat de către terapeut pentru a-l convinge pe pacient de inutilitatea îngrijorărilor în calitate de strategii adaptative.

Renunţarea la îngrijorări

Reprezintă o altă tehnică de infirmare a convingerii disfuncţionale legate de utilitatea şi caracterul pozitiv al acestora. Pacienţii cu tulburare anxioasă generalizată sunt solicitaţi să renunţe să-şi mai facă griji pentru a se convinge dacă evenimentul negativ de care se tem se produce sau nu. Astfel, convingerile referitoare la faptul că îngrijorarea îl împiedică pe subiect să fie pedepsit pot fi

modificate solicitând subiectului să renunţe pentru o perioadă limitată la îngrijorările sale şi să observe dacă evenimentul de care se teme se produce sau nu.

Modificarea grilei cognitive a subiecţilor anxioşi

Pacienţii cu tulburare anxioasă generalizată sunt hipervigilenţi faţă de ameninţările externe, care se adresează îngrijorărilor de tipul I, precum şi faţă de sursele de informaţii cognitive, care se adresează metaîngrijorarilor. Hipervigilenţa faţă de sursele externe de ameninţare include căutarea selectivă a unor informaţii care vin în sprijinul temerilor subiectului. De exemplu, o persoană care se teme că va fi jefuită va căuta în ziare sau va fi atentă la toate ştirile de la radio sau TV referitoare la tâlhării, petrecând apoi un timp îndelungat pentru a-şi face griji că ar putea fi, la rândul său, tâlhărită, precum şi la măsurile de precauţie pe care şi le-ar putea lua. Terapeutul va trebui să-l ghideze pe pacient să culeagă şi să proceseze mai ales informaţiile care vin în contradicţie cu temerile şi îngrijorările sale.

Această strategie nu trebuie însă să se transforme într-un comportament de evitare a îngrijorărilor, fapt ce ar împiedica procesul de infirmare a veridicităţii acestora. Terapeutul va căuta să demonstreze pacientului că modificarea stilului de gândire nu creşte probabilitatea producerii dezastrelor de care acesta se teme.

Antrenamentul mental cu conţinut pozitiv

Pacienţii care suferă de tulburare anxioasă generalizată au o istorie lungă de antrenament mental bazat pe gândire negativă. Terapeutul va trebui să-i ghideze pe aceşti pacienţi să repete în plan mental scenarii cu conţinut pozitiv, având ca punct de pornire temerile iniţiale. Tehnica dă rezultate mult mai bune dacă este aplicată în stare de relaxare sau hipnoză, cu condiţia ca acest antrenament mental să fie aplicat după restructurarea cognitivă, pentru a nu se transforma într-un comportament de asigurare.

Abandonarea pacientului în voia temerilor şi îngrijorărilor sale

Abandonarea reprezintă o metodă opusă controlului forţat al tendinţei pacientului de a-şi face griji. Terapeutul va indica pacientului să identifice prezenţa temerilor, dar să nu întreprindă nimic împotriva acestora, ci pur şi simplu să le lase să se deruleze. Acest procedeu este facilitat dacă se utilizează şi formule autosugestive de tipul următor: „A apărut o nouă îngrijorare, dar ea nu înseamnă nimic pentru mine; o voi lăsa să treacă de la sine"; „Din nou îmi fac griji; acest lucru nu-mi foloseşte; le las să se ducă".

Esenţa acestui procedeu constă în a spori gradul de conştientizare a temerilor în acelaşi timp cu abordarea lor dintr-o perspectivă mai puţin problematică. Şi această metodă trebuie introdusă într-o fază mai înaintată a terapiei, pentru a nu deveni o strategie care să împiedice modificarea convingerilor negative referitoare la metaîngrijorări.

XV. Psihoterapia cognitiv-comportamentală în cazul tulburării obsesiv-compulsive

Trăsătura esenţială a tulburării obsesiv-compulsive constă în apariţia unor obsesii sau compulsii, care îl determină pe subiect să-şi piardă timpul cu ele – durează mai mult de o oră pe zi – şi îi produc acestuia un disconfort serios (D.S.M. IV; A.P.A., 1994).

Obsesiile reprezintă gânduri, impulsiuni sau imagini cu caracter persistent, care sunt trăite de subiect ca având un caracter intruziv şi neadecvat. Astfel, o persoană respectabilă poate fi obsedată de ideea că va pălmui trecătorii sau le va adresa injurii.

Cele mai răspândite obsesii sunt cele legate de contaminare (subiectul este obsedat că se va infecta dacă va atinge anumite obiecte sau va da mâna cu diverse persoane), obsesiile cu caracter dubitativ (se gândeşte în mod obsesiv dacă a închis sau nu gazele etc.), impulsiunile cu caracter agresiv sau neadecvat (obsesia că îşi va ucide copilul, că va striga în biserică etc.), precum şi imaginile cu conţinut sexual (imagini recurente de tip pornografic).

Obsesiile trebuie diferenţiate de alte gânduri cu conţinut intruziv, cum ar fi, de pildă, îngrijorările (Wells, 1994, Wells şi Morrison, 1994). Compulsiunile reprezintă comportamente repetitive cu caracter deschis sau mascat. Compulsiunile cu caracter deschis pot fi: spălatul pe mâini de un număr foarte mare de ori pe zi, verificările, ordonarea şi aranjarea unor obiecte etc.

Compulsiunile mascate reprezintă acte mentale cum ar fi: rugăciunile, număratul sau repetarea unor cuvinte.

Obiectivul acestor acţiuni îl reprezintă prevenirea sau reducerea anxietăţii. Din punctul de vedere al teoriei cognitive, ele au rolul de a neutraliza sau preveni producerea unor evenimente anxiogene.

În unele cazuri, subiecţii realizează acţiuni stereotipe bazate pe reguli rigide, fără a putea explica de ce procedează astfel.

Conform criteriilor Manualului D.S.M. IV, subiecţii care suferă de tulburare obsesiv-compulsivă trebuie să fi recunoscut faptul că, în anumite perioade, obsesiile

şi compulsiunile lor au un caracter nerezonabil şi se manifestă în exces. Există şi cazuri când obsesiile ating o intensitate delirantă, pacienţii fiind convinşi de realitatea lor, în ciuda evidenţei care demonstrează contrariul. De exemplu, un pacient era obsedat de ideea că gândurile sale negative au produs decesul unei persoane.

Ruminaţiile cu caracter depresiv sau anxios nu sunt considerate obsesii pentru că ideile respective nu sunt ego-distonice (nu vin în contradicţie cu sistemul ideativ general al persoanei).

În cazul în care subiectul nutreşte gânduri şi temeri legate de faptul că ar putea avea o boală gravă, acesta va fi diagnosticat cu tulburare hipocondriacă. Cu toate acestea, dacă el prezintă şi ritualuri repetitive şi absurde (cum ar fi spălatul compulsiv pe mâini), i se poate adăuga şi diagnosticul suplimentar de tulburare obsesiv-compulsivă. O problematică uzuală a pacienţilor cu tulburare obsesiv-compulsivă se referă la tendinţa de a face rău cuiva, urmată de tendinţa de a preveni acest rău potenţial. Obsesia spălatului seamănă mai mult cu o fobie, deoarece subiectul se teme de contaminare şi dezvoltă comportamente de evitare pentru a preveni contaminarea.

Principalele tipuri de obsesii sunt:

- de contaminare;
- de violenţă fizică a propriei persoane sau a celorlalţi (de exemplu: „îmi voi ucide copilul". Pacienta nu rămâne singură cu copilul; caută asigurări; ascunde cuţitele, pungile de plastic etc.);
- obsesia morţii (are imaginea fiinţelor dragi moarte);
- obsesia accidentelor;
- obsesia unui comportament inacceptabil („o să spun o obscenitate"; pacientul încearcă să-şi păstreze controlul; evită situaţiile sociale; îi întreabă pe ceilalţi dacă comportamentul său a fost acceptabil într-o anumită situaţie);
- obsesiile sexuale – preocupări pentru organele sexuale sau acte sexuale inacceptabile (voi comite un viol"; pacientul evită să stea singur cu o femeie; încearcă să-şi abată gândul de la problemele sexuale);
- obsesiile religioase (îndoieli cu privire la religie; blasfemii);
- obsesia ordinii (lucrurile să fie la locul lor, acţiunile să se desfăşoare într-o anumită ordine);
- obsesiile fără sens: fraze fără sens, imagini, melodii, numere (aude „în cap" melodia de la actualităţi în timp ce citeşte şi din acest motiv repetă unele acţiuni până când reuşeşte să citească acelaşi pasaj fără să mai audă melodia).

Modelul cognitiv al tulburării obsesiv-compulsive

Numeroşi autori au căutat explicaţii teoretice de tip cognitivist pentru această tulburare. Astfel, McFall şi Wollersheim (1979) au subliniat rolul convingerilor de tip perfecţionist în declanşarea afecţiunii, Rachman (1976) şi Salkovskis (1985) s-au

referit la o exacerbare a sentimentului responsabilităţii, Reed (1985), Persons şi Foa (1984), Sher, Mann şi Frost (1984) au postulat ideea unei anormalităţi în cadrul procesului de luare de decizii, Rachman (1993) a afirmat că la aceşti subiecţi se produce o fuziune între gândire şi acţiune, iar Clark şi Prudon (1993), precum şi Wells şi Matthews (1994) au pus în centrul modelului tulburării obsesiv-compulsive conceptul de convingeri metacognitive.

Psihoterapia de orientare comportamentală utilizează tehnica expunerii la stimulii care reprezintă obiectul obsesiei, precum şi tehnica preîntâmpinării comportamentelor de tip ritualist.

Modelul cognitiv al tulburării obsesiv-complusive este mai complex şi abordează şi problematica gândurilor şi convingerilor negative, disfuncţionale.

Modelul cognitiv elaborat de Salkovskis (1989)

În conformitate cu acest model, pacienţii cu tulburare obsesiv-compulsivă interpretează apariţia cogniţiilor cu conţinut intruziv ca fiind un indicator al faptului că ei ar putea fi responsabili de producerea unui eveniment negativ dacă nu întreprind anumite acţiuni pentru a-l preveni.

Evaluarea semnificaţiei gândurilor intruzive are la bază convingeri de tipul următor: „A nutri un gând legat de o anumită acţiune este acelaşi lucru cu realizarea efectivă a acţiunii; faptul de a nu neutraliza gândul intruziv echivalează cu dorinţa ca acel fenomen negativ să se producă".

Evaluările cogniţiilor intruzive se manifestă sub forma gândurilor negative automate şi sunt amplificate de dispoziţia depresivă a subiectului, care nu le poate controla.

Odată declanşate evaluările negative legate de obsesii, începe să se manifeste şi a doua componentă a tulburării obsesiv-compulsive: iniţierea comportamentelor de neutralizare, care pot fi interne (subiectul se străduieşte să gândească pozitiv) sau externe (persoana se spală în mod compulsiv pe mâini ca reacţie la gândul obsesiv legat de contaminare).

Reacţiile de neutralizare reduc disconfortul şi tendinţa subiectului de a-şi asuma responsabilităţi diverse, iar punerea în acţiune a acestor reacţii nu va face decât să activeze cogniţiile cu caracter intruziv, asociaţia gând intruziv – comportament de neutralizare acţionând sub forma unui cerc vicios.

O explicaţie posibilă a acestui fenomen ar putea consta în faptul că, cu cât subiectul încearcă să înlăture gândurile nedorite, cu atât acestea devin mai puternice şi mai frecvente (Wegner, Schneider, Carter şi White, 1987). În cadrul acestui model, reacţiile deschise sau mascate de neutralizare sunt motivate de prezenţa convingerilor referitoare la asumarea responsabilităţilor.

Conform modelului descris mai sus, psihoterapia cognitivă trebuie să se concentreze asupra modificării gândurilor negative automate şi convingerilor legate

de asumarea responsabilității pentru producerea unui rău potențial. Alți teoreticieni sunt de părere că această abordare exagerează problema responsabilității. Wells și Matthews (1994, 1997) consideră că o atenție sporită trebuie acordată și convingerilor de tip metacognitiv referitoare la nevoia de a controla gândurile, precum și la caracterul periculos al gândurilor intruzive.

Acești autori postulează faptul că gândurile intruzive activează convingerile legate de semnificația acestora. Convingerile respective conțin informații referitoare la gândurile obsesive (intruzive), dar și la reacțiile comportamentale.

Până la lucrările acestor autori, convingerile cu privire la răspunsurile comportamentale nu au fost luate în considerație de către ceilalți teoreticieni. Așa cum am arătat, conform modelului metacognitiv, convingerile referitoare la gândurile obsesive reprezintă elementul cel mai important în înțelegerea mecanismului tulburării obsesiv-compulsive.

Rachman (1993) a introdus conceptul de fuziune dintre gând și acțiune, concept care reprezintă de fapt convingerea de tip metacognitiv conform căreia gândurile reprezintă același lucru cu acțiunile propriu-zise (gândul că „îmi voi arunca copilul pe fereastră înseamnă că realmente o voi face").

Convingerile metacognitive se referă la consecințele posibile ale gândurilor (în sensul că pacientul crede că gândurile pot provoca evenimente reale), precum și la efectele acestora asupra unor acțiuni trecute („dacă gândesc că am făcut un lucru rău, probabil că l-am făcut"). Aceste convingeri referitoare la fuziunea dintre gând și acțiune reprezintă sursa motivațională a unor reacții comportamentale, cum ar fi încercările de controlare a acțiunilor sau gândurilor. Dacă un pacient nutrește ideea că dacă îi trece prin minte un gând negativ, el chiar a făcut ceva rău, individul respectiv se va angaja în tot felul de acțiuni concrete sau mentale (ritualuri) de verificare pentru a invalida gândul care îl obsedează. O pacientă obsedată de ideea că și-a strangulat copilul sugar verifica de nenumărate ori camera unde dormea copilul pentru a se convinge că nu a făcut acest lucru. Convingerea care se află la baza unor astfel de comportamente este: „Dacă nutresc acest gând rău, probabil că am făcut sau voi face fapta respectivă".

În majoritatea cazurilor, pacienții cu tulburare obsesiv-compulsivă resping în plan intelectual astfel de gânduri, deși în condițiile apariției unor factori declanșatori apar dubiile cu privire la gândurile respective, precum și necesitatea invalidării lor. Analizând acest model, putem presupune că la nivel supraordonat pacientul nutrește convingerea că gândurile obsesive (intruzive) reflectă realitatea.

În timp ce unele răspunsuri comportamentale, cum ar fi neutralizările cu caracter deschis sau tentativele de a-și controla gândurile, sunt îndreptate în direcția prevenirii așa-ziselor consecințe negative ale gândurilor obsesive, alte reacții comportamentale au drept scop eliberarea subiectului de disconfort și anxietate. Astfel, pacienta care era obsedată de ideea că-și va strangula copilul verifica încăperea unde se afla acesta pentru a se elibera de ruminațiile sale interioare legate de faptul că a făcut acea faptă și nu pentru a o preveni.

Reducerea disconfortului în urma acestui tip de comportament nu face decât să întărească reacţiile respective de verificare sau neutralizare. Pacientul obsesiv va crede că neutralizările au un caracter benefic, în timp ce absenţa neutralizărilor va avea consecinţe negative, cel puţin în ceea ce priveşte perpetuarea anxietăţii şi disconfortului.

În acelaşi timp, ritualurile de prevenire şi neutralizare devin, la rândul lor, o sursă de stres şi disconfort, pentru că îl determină pe subiect să consume foarte mult timp şi sunt apreciate de acesta ca necontrolabile şi periculoase.

Următorul caz clinic ilustrează utilizarea comportamentelor de verificare pentru a stopa cercul vicios anxietate-ruminaţii interioare.

Dorin, un profesor în vârstă de 32 de ani, nutrea gândul obsesiv că a accidentat pe cineva cu maşina în timp ce conducea. Pacientul se întorcea din drum de mai multe ori pentru a verifica dacă nu a accidentat vreo persoană sau nu a ucis vreun animal până când se convingea că nu s-a întâmplat nimic. Pacientul era obsedat de imagini terifiante ale unor oameni sau animale strivite de autoturismul său, precum şi de gânduri intruzive de tipul: „Ce ar fi dacă aş călca pe cineva cu maşina?". Întrebat de terapeut ce s-ar întâmpla dacă nu ar realiza verificările respective, pacientul a afirmat că nu şi-ar putea scoate din minte gândurile şi imaginile chinuitoare.

Putem afirma, în urma analizei modelului de mai sus, că supoziţiile referitoare la fuziunea dintre gând şi acţiune, precum şi convingerile pozitive şi negative cu privire la rumināţiile obsesive şi strategiile de neutralizare reprezintă elementele esenţiale în explicarea mecanismelor tulburării obsesiv-compulsive.

Odată ce un gând obsesiv a fost evaluat ca fiind periculos, pacientul va elabora o strategie proprie pentru depăşirea pericolului; în unele cazuri subiectul va continua să se gândească la nesfârşit la ideea sa obsesivă în speranţa de a-i verifica validitatea. Această strategie nu va face decât să exagereze ruminaţiile anxiogene şi va conduce, în cele din urmă, la teama de tip II sau la îngrijorarea în raport cu procesul de îngrijorare.

O altă posibilitate o reprezintă angajarea subiectului în comportamente de neutralizare sau verificare care vor stopa ciclul ruminaţiilor interioare prin mecanismele distragerii atenţiei, convingerilor superstiţioase cu privire la faptul că ritualurile îndepărtează răul sau prin testarea validităţii gândurilor intruzive.

În cadrul modelului elaborat de Wells şi Mathews (1994, 1997), comportamentele de neutralizare şi verificare au drept obiectiv reducerea pericolului asociat cu obsesia iniţială sau a celui legat de ruminaţiile anxiogene referitoare la aceasta.

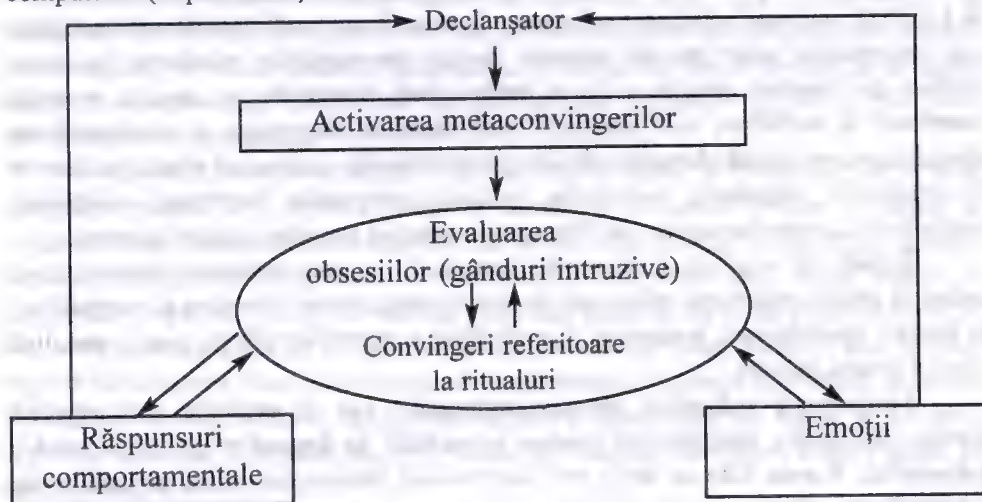
Neutralizările cu caracter deschis sunt considerate de autorii respectivi ca fiind forme comportamentale concrete de ruminaţii care, la rândul lor, pot fi obiectul unor evaluări negative din partea subiectului.

Se poate spune că în cazul acestui tip de tulburare acţionează mai multe cicluri bazate pe conexiuni inverse, al căror efect îl reprezintă escaladarea anxietăţii,

iritării şi dispoziţiei depresive, sporirea timpului şi eforturilor acordate evaluărilor negative, precum şi răspunsurilor disfuncţionale faţă de acestea.

Aceiaşi autori (Wells şi Matthews, 1994, 1997) consideră că şi anumite strategii de tip atenţional menţin tulburarea. Pacienţii obsesivi îşi vor concentra atenţia mai ales asupra acelor gânduri sau imagini care nu fac decât să declanşeze derularea lanţului obsesional. Chiar dacă informaţiile senzoriale confirmă faptul că un anumit comportament de neutralizare sau verificare a fost executat, mulţi obsesivi continuă să se concentreze pe consecinţele negative, despre care ei cred că s-ar putea produce în cazul neexecutării acţiunii respective. Tendinţa de a se concentra asupra fanteziilor obsesive şi dubitaţiilor interioare contribuie la întărirea comportamentelor de verificare.

Prezentăm, în cele ce urmează, modelul cognitiv al tulburării obsesiv-compulsive (după Wells şi Matthews, 1994, 1997, citat de Wells, 1999):



În cadrul acestui model, factorul declanşator, care poate fi un gând intruziv, o îndoială, o stare afectivă intruzivă, activează convingeri legate de semnificaţia declanşatorului, care pot fi: credinţe legate de semnificaţia pericolului referitor la fuziunea gând-acţiune şi convingerile legate de consecinţele stărilor afective negative. Aceste convingeri vor influenţa modul în care subiectul va evalua gândul intruziv. Evaluarea acestuia va depinde însă şi de repertoriul de ritualuri de verificare şi contracarare pe care le deţine subiectul. Apar două tipuri de convingeri: pozitive („Dacă nu îndeplinesc ritualul meu, aceste gânduri chinuitoare nu se vor mai sfârşi niciodată") şi negative („Ritualurile mele îmi scapă de sub control"; „Ritualurile mă vor face să-mi pierd minţile").

Convingerile referitoare la avantajele şi dezavantajele comportamentelor ritualizate vor influenţa selecţia strategiilor comportamentale de verificare-contracarare, precum şi intensitatea reacţiilor emoţionale.

Reacţiile emoţionale ale pacientului pot acţiona, la rândul lor, în calitate de declanşatori, astfel încât unii subiecţi vor fi convinşi de faptul că vor fi copleşiţi de stări afective negative şi că acestea nu vor dispărea până când nu vor fi declanşate ritualurile de contracarare.

Reacţiile comportamentale ale pacienţilor obsesivi menţin problema-simptom prin intermediul unor conexiuni inverse. Astfel, ritualurile împiedică infirmarea convingerilor negative referitoare la evaluările negative ale gândurilor obsesive. Faptul că acţiunile catastrofale puse pe seama gândurilor obsesive (intruzive) nu se produc este considerat de subiect ca fiind rezultatul ritualurilor declanşate şi nu al faptului că temerile sale nu au nici un temei real.

Analizarea conexiunilor inverse evidenţiază modul în care ritualurile nu fac decât să exacerbeze apariţia gândurilor obsesive. În primul rând, încercările de a reprima gândurile nedorite nu fac decât să le exacerbeze; în al doilea rând, tendinţele de a realiza ruminaţii interioare referitoare la obsesii sau tendinţele de a le neutraliza prin intermediul unor practici mentale menţin preocupările referitoare la aceste gânduri cu caracter intruziv şi în al treilea rând, ritualurile cu caracter repetitiv contribuie la stabilirea unor asociaţii între obsesiile respective şi o categorie de stimuli care reprezintă elemente ale comportamentelor cu caracter ritualizat, cum ar fi verificările, repetările, ordonările, spălatul, ruminaţiile interioare, număratul, controlatul, comportamentele de distragere a atenţiei sau alte ritualuri diverse.

Înainte de a aplica acest model teoretic la un caz particular, terapeutul va trebui să obţină informaţii referitoare la natura simptomelor obsesive şi compulsive, la factorii declanşatori, precum şi la evaluările şi semnificaţiilr pe care le prezintă aceştia pentru pacient.

Simptomele tulburării obsesiv-compulsive pot fi evaluate sub aspectul duratei, frecvenţei, conţinutului, precum şi gradului de disconfort pe care îl produc subiectului. Aceste date se obţin prin intermediul interviului clinic, al scalelor de autoevaluare, precum şi al jurnalelor zilnice completate de pacienţi şi servesc identificării pattern-ului (structurii) de simptome, respectiv relaţiilor dintre stările afective, experienţele interzise şi factorii situaţionali.

Terapeutul va trebui să discute împreună cu pacientul ultimul episod obsesiv-compulsiv şi să încerce să condiţioneze factorii declanşatori pentru comportamentele deschise şi mascate de neutralizare sau verificare. La începutul terapiei se va insista asupra conştientizării de către pacient a conţinutului metacogniţiilor, astfel încât acesta să fie capabil să identifice gândurile obsesive şi dubitaţiile sau stările afective care premerg punerea în acţiune a ritualurilor obsesive.

Pentru surprinderea evaluărilor referitoare la obsesii (la gândurile cu caracter intruziv), terapeutul va adresa întrebări de tipul următor: „Atunci când îţi vine în minte un gând care te obsedează, ce simţi: teamă, vinovăţie, tristeţe, frică?"; „Atunci când te simţi speriat, ce fel de gânduri îţi trec prin minte?"; „Nutreşti vreun gând

negativ referitor la obsesia ta?"; „Ce îţi spui în gând în legătură cu obsesiile şi acţiunile pe care le întreprinzi?"; „Ţi se poate întâmpla ceva rău datorită faptului că eşti obsedat de un gând sau de o imagine?"; „Ce anume crezi că s-ar putea întâmpla?" „Ce anume s-ar întâmpla dacă nu ai face eforturi să scapi de obsesiile tale?" „Consideri că este normal să te obsedeze astfel de gânduri?" etc.

Evaluarea reacţiilor comportamentale

Aşa cum am mai subliniat, unii pacienţi obsesivi nu renunţă la ritualurile lor obsesive de teama că li s-ar putea întâmpla ceva rău, aceştia nutrind convingeri pozitive cu privire la necesitatea punerii în aplicare a ritualurilor; în alte cazuri, pacientul prezintă convingeri negative considerând că ritualurile i-ar putea face rău.

Există şi situaţii în care ritualurile obsesive apar fără ca subiectul să conştientizeze apariţia unei obsesii iniţiale, aceasta din urmă putând avea un caracter foarte discret; în aceste cazuri, declanşarea ritualului se referă mai mult la teama legată de consecinţele emoţionale ale neefectuării ritualului şi într-o mai mică măsură la obsesia iniţială.

O pacientă (Anca, în vârstă de 22 de ani, studentă la drept) utiliza în mod compulsiv ritualul de a scutura praful de pe cărţile şi caietele pe care le utiliza la facultate, ritual declanşat de o stare de disconfort difuz pe care o percepea aceasta. Tânăra a relatat faptul că, dacă nu va duce la îndeplinire acel ritual, stările ei emoţionale negative vor deveni atât de puternice încât ea nu le va putea suporta şi, mai mult, acestea chiar se vor permanentiza; în acelaşi timp, Anca evalua în mod negativ declanşarea ritualurilor respective, afirmând că acestea reprezintă un semn al pierderii autocontrolului. Evaluările negative contribuiau la starea ei afectivă negativă, aceasta, la rândul ei, contribuind la tendinţa compulsivă de a pune în acţiune ritualul.

Pacienta era prinsă într-un cerc vicios, ea simţindu-se silită să declanşeze un ritual absurd pentru a-şi ameliora dispoziţia; în acelaşi timp, modul în care ea aprecia ritualul nu făcea decât să-i accentueze proasta dispoziţie.

Utilizarea ritualurilor pentru a reduce pericolul generat de trăirea unor emoţii negative prea puternice îl împiedică pe pacient să se expună la experienţe care ar putea infirma gândurile şi convingerile legate de caracterul periculos al obsesiilor.

Pentru a evidenţia modul în care pacientul evaluează ritualurile obsesive, terapeutul va adresa întrebări de tipul următor:

„Întreprinzi ceva pentru a preveni nenorocirea pe care ar putea să ţi-o aducă apariţia gândului sau imaginilor obsesive?";

„Ce s-ar putea întâmpla dacă nu ai pune în aplicare ritualurile tale?; Care ar fi lucrul cel mai rău care s-ar putea întâmpla?";

„S-ar putea întâmpla ceva rău dacă vei continua să pui în acţiune ritualurile tale?";

„Te deranjează faptul că verifici, numeri sau macini într-una tot felul de gânduri? Dacă aşa stau lucrurile, de ce nu te opreşti?";

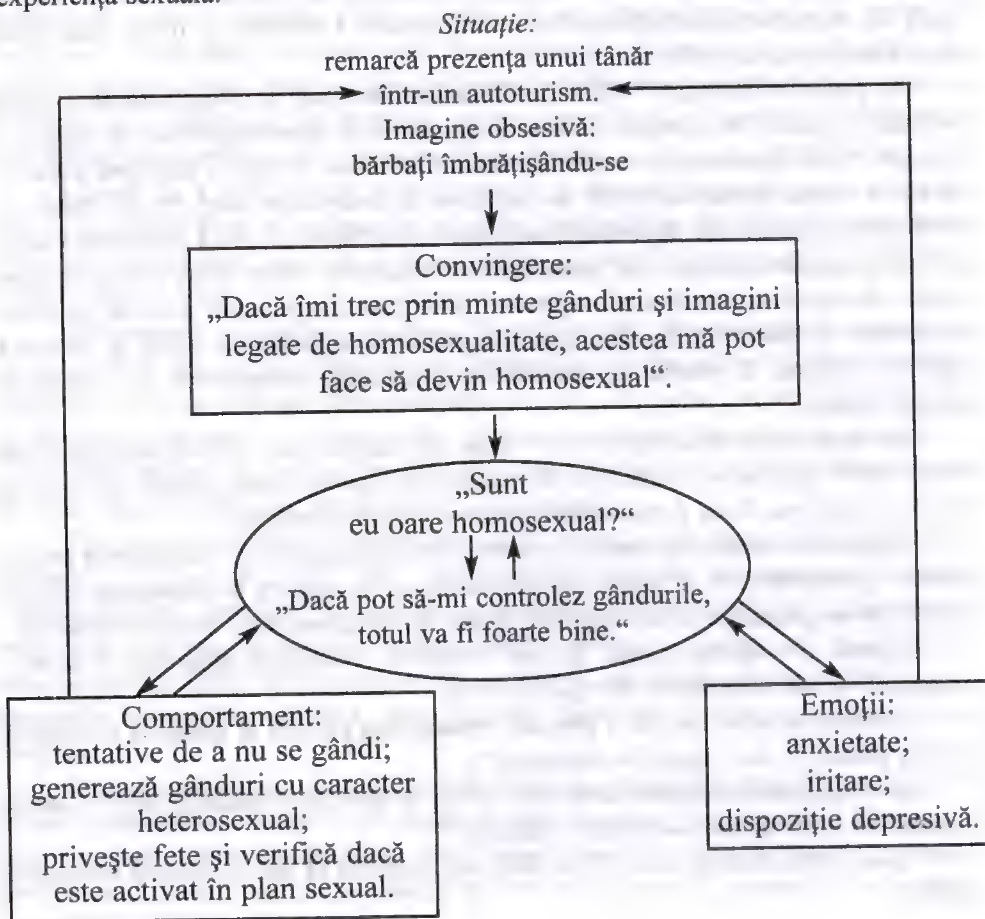
„Cât de mult îţi pot controla tendinţa de a pune în acţiune comportamente cu caracter repetitiv (numărat, neutralizări, ruminaţii interioare etc.)?";

„În ce fel te ajută ritualurile tale?";

„Ce s-ar întâmpla cu stările tale emoţionale sau cu gândurile care te obsedează dacă ai fi împidicat să le neutralizezi?" etc.

Prezentăm schema unui caz concret de tulburare obsesiv-compulsivă realizată după un model propus de Wells, 1999.

Pacientul se numeşte Ionuţ, are 20 de ani şi este student în anul I la Facultatea de Arhitectură. Acesta a fost adus la cabinetul de psihoterapie de mama sa, disperată de faptul că tânărul era obsedat de gânduri şi imagini legate de homosexualitate, el neştiind dacă este sau nu homosexual, deoarece nu avusese până atunci nici o experienţă sexuală.



Imaginile care îl obsedau erau mai ales acelea ale unor bărbaţi care se îmbrăţişau şi, ori de câte ori vedea un bărbat tânăr, îi apăreau întrebări obsedante: „Oare îmi place acel bărbat?“; „Oare sunt şi eu homosexual?“ etc.

Dialogul purtat de către terapeut cu Ionuţ este următorul:

I: Nu pot scăpa de aceste gânduri chinuitoare. Mă obsedează în fiecare zi.

T: Când ai fost ultima oară torturat de aceste gânduri?

I: Dimineaţa aceasta mi-a venit imaginea a doi bărbaţi care se îmbrăţişau. M-am oprit la un stop şi am zărit un tânăr care oprise maşina lângă mine. Nu am vrut să mă uit la el, dar gândul mi-a venit din nou.

T: Cum te-ai simţit atunci când ţi-a venit gândul?

I: La început m-am simţit enervat, apoi speriat.

T: De ce anume te-ai simţit enervat?

I: M-am săturat să-mi tot vină astfel de gânduri absurde. Ştiu că nu sunt homosexual, doar am o prietenă. Nu înţeleg de ce îmi vin asemenea gânduri.

T: Dacă ai fi fost cu adevărat homosexual, probabil că nu te-ai fi simţit atât de prost având astfel de gânduri.

I: Da, nu-mi doresc să nutresc astfel de gânduri.

T: Mi-ai spus că te-ai simţit speriat, în ce au constat temerile tale?

I: Nu ştiu. Pur şi simplu nu doresc să-mi vină astfel de gânduri.

T: Ce s-ar întâmpla dacă nu ai putea opri gândurile respective?

I: Mi-e teamă să mă gândesc la aşa ceva. Cred că ar fi îngrozitor.

T: Ce ar fi atât de îngrozitor?

I: Ar însemna că sunt de fapt homosexual şi că nu-mi dau seama de acest lucru.

T: Şi ce altceva rău s-ar mai putea întâmpla?

I: Ca să fiu sincer, mă tem că aceste gânduri care îmi vin în minte chiar mă pot transforma într-un homosexual.

T: Dacă înţeleg bine te temi că gândurile obsesive te vor face să devii homosexual.

I: Mă tot gândesc, oare sunt sau nu homosexual?

T: Atunci când îţi trec astfel de gânduri prin minte întreprinzi ceva pentru a verifica dacă ele sunt adevărate sau pentru a preveni ca ceva rău să se întâmple?

I. Nu înţeleg ce vreţi să spuneţi.

T: Îţi iei vreo măsură pentru a nu deveni homosexual?

I: Încerc să nu mă gândesc, îmi spun în gând că este o prostie să gândesc aşa ceva sau mă gândesc la prietena mea.

T: Mai faci şi altceva?

I: Mă uit la fete pe stradă pentru a vedea dacă mă atrag. Verific dacă sunt atras de prietena mea, dar tot nu este suficient.

T: Cum adică nu îţi este suficient?

I: Gândurile obsesive mă asaltează şi mai tare.

T: Dacă încerci să-ţi controlezi gândurile şi să te concentrezi asupra sexului opus, acest lucru te poate opri să devii homosexual?

I: În cazul în care reuşesc să-mi controlez gândurile este mai bine.

T: Rezumând cele discutate până acum, se pare că în momentul în care eşti obsedat de gânduri de tip homosexual, acestea te sperie şi te tulbură pentru că tu crezi că ele chiar te-ar putea face să devii homosexual. Deoarece nu doreşti acest lucru, întreprinzi o serie de acţiuni pentru a te asigura că nu eşti homosexual, precum şi pentru a opri gândurile respective să te transforme în ceea ce nu doreşti. Am înţeles corect problema ta?

I: Cred că da.

T: Se pare că multe dintre lucrurile pe care le întreprinzi nu fac altceva decât să-ţi menţină problema.

I: Este adevărat, dar ce aş putea face?

T: Dacă ai considera că este normal să nutreşti gânduri nedorite şi ai fi sigur că acestea nu ţi-ar putea face nici un rău, probabil că ele nu te-ar deranja atât de mult.

I: Da, cred că nu m-ar deranja.

T: După cum observi, problema nu este doar aceea că îţi vin în minte gânduri nedorite, ci şi faptul că te temi de ele şi îţi faci griji din cauza lor. Nutreşti convingeri negative în legătură cu ele (crezi că ele ţi-ar putea face rău) şi pui în acţiune tot felul de strategii care nu fac decât să le întărească, şi în acelaşi timp, te împiedică să depăşeşti temerile legate de ele. Notează pe o scală de la 0 la 100 cât de mult crezi că gândurile legate de homosexualitate te vor face să devii cu adevărat homosexual.

I: Cam în proporţie de 80%.

T: Ceea ce ar trebui să facem împreună ar fi să modificăm atitudinea ta faţă de aceste gânduri şi să verificăm în ce măsură ele reflectă adevărul.

Terapeutul va explica în continuare pacientului că aceste convingeri negative legate de obsesii, îngrijorările şi temerile faţă de ele, precum şi răspunsurile comportamentale reprezintă o problemă mult mai importantă decât însăşi declanşarea gândurilor şi imaginilor obsesive. Obiectivul general al psihoterapiei cognitive îl reprezintă modificarea evaluărilor şi convingerilor negative referitoare la gândurile cu caracter intruziv.

Deşi noţiunea de asumare a responsabilităţii joacă un rol important în cadrul acestor evaluări, o atenţie sporită trebuie acordată convingerilor referitoare la caracterul periculos al obsesiilor, la opiniile subiectului cu privire la fuziunea dintre gând şi acţiune, precum şi la cele legate de ritualurile cu caracter compulsiv.

Una dintre strategiile utilizate în fazele incipiente ale terapiei constă în dirijarea pacientului spre stoparea ruminaţiilor cu conţinut anxiogen. De asemenea, experimentele realizate în plan comportamental vor fi astfel conduse pentru a verifica veridicitatea evaluărilor negative ale gândurilor obsesive, precum şi ale

convingerilor referitoare la consecinţele negative care se vor produce dacă subiectul nu va pune în acţiune ritualurile sale cu caracter compulsiv. În cele din urmă, pacientul va trebui să accepte cu detaşare gândurile sale obsesive, considerându-le irelevante.

Tehnicile verbale de modificare a convingerilor disfuncţionale

În cadrul modelului cognitiv al tulburării obsesiv-compulsive, o atenţie deosebită este acordată evaluărilor obsesiilor şi comportamentelor compulsive ritualizate care le menţin. Aceste evaluări se manifestă sub forma unor temeri şi îngrijorări faţă de obsesii, obiectul modificării convingerilor negative fiind, într-o mai mare măsură aceste îngrijorări referitoare la obsesii şi, mai puţin, obsesiile ca atare. O tehnică de a controla aceste temeri şi îngrijorări referitoare la apariţia obsesiilor constă în amânarea lor. Wells şi Mathews (1994, 1997) solicită pacienţilor obsesivi să utilizeze metoda „detaşării mentale", în cadrul căreia aceştia nu vor mai rumina mental gânduri referitoare la obsesii şi nu vor mai pune în acţiune strategii de neutralizare, ci, pur şi simplu, vor lăsa obsesiile să-şi urmeze cursul fără a interveni în nici un fel. Reducerea anxietăţii care rezultă în urma aplicării acestei tehnici va fi utilizată de către terapeut pentru a demonstra că reacţiile la obsesii reprezintă o problemă mai importantă decât obsesiile.

Mulţi pacienţi prezintă rezistenţă în a se detaşa mental sau comportamental de obsesiile lor, aceştia nutrind convingeri referitoare la consecinţele negative care s-ar produce dacă nu ar acţiona în direcţia contracarării obsesiilor. Astfel de convingeri trebuie explorate în detaliu şi modificate prin intermediul unor tehnici de reatribuire în plan verbal, fapt ce va spori şi complianţa pacienţilor la realizarea unor experimente în plan comportamental (pacienţii se vor convinge că nu se întâmplă nimic dacă nu dau curs ritualurilor compulsive).

Odată stabilit rolul negativ al temerilor şi îngrijorărilor legate de obsesii, terapeutul va acţiona şi asupra obsesiilor ca atare. Pacienţii suferind de tulburări obsesiv-compulsive vor fi informaţi că obsesiile reprezintă un fenomen care se înscrie în limitele normalului şi care apare la aproximativ 90% din populaţie, în anumite condiţii. Pentru a se convinge de acest lucru, pacienţii vor fi instruiţi să realizeze mici interviuri cu prieteni sau cunoscuţi, interogându-i pe aceştia dacă au trăit vreodată gânduri obsesive sau au fost stăpâniţi de diverse tipuri de îngrijorări. Aceste strategii sunt urmate de notarea conţinutului gândurilor legate de îngrijorările referitoare la prezenţa obsesiilor şi de utilizarea unor tehnici de verificare a veridicităţii acestora, în vederea înlocuirii cu gânduri alternative mai raţionale.

Prezentăm mai jos un model de fişă de notare a gândurilor disfuncţionale specifice tulburării obsesiv-comportamentale (după Wells, 1999).

Data	Situaţia	Declanşatorul	Obsesii: gânduri; dubitaţii; imagini; comporta- mente. Specificaţi conţinutul.	Stări afective. Notaţi intensitatea emoţiilor pe o scală de la 0 la 100.	Temeri legate de obsesii	Răspunsuri raţionale la temerile respective	Intensitatea stărilor afective

Conştientizarea diferenţei dintre obsesii şi îngrijorările (temerile) faţă de obsesii îl ajută pe pacient să sesizeze mai bine specificul diferitelor tipuri de gânduri şi permite terapeutului să-şi focalizeze demersul mai mult asupra temerilor legate de obsesii. Pentru modificarea conţinutului acestora se vor utiliza tehnicile cunoscute de reatribuire în plan verbal, cum ar fi identificarea distorsionaţilor cognitive, adresarea de întrebări pentru a testa veridicitatea lor, tehnici urmate de generarea unor răspunsuri raţionale alternative.

Metodele verbale de reatribuire nu trebuie să se transforme în activităţi repetitive de tip ruminativ (prin care subiectul macină în minte gânduri neproductive legate de obsesiile sale); în cazul în care apare o astfel de tendinţă, terapeutul va reorienta pacientul către strategiile de abandonare a îngrijorărilor şi va supune verificărilor convingerile şi supoziţiile disfuncţionale mai ales prin intermediul experimentelor realizate în plan comportamental.

Utilizarea sistematică a fişelor de notare a gândurilor disfuncţionale se va folosi mai ales pentru a spori gradul de conştientizare al pacientului faţă de propriile sale gânduri, precum şi pentru a evidenţia modul în care acestea menţin problema-simptom.

Modificarea convingerilor referitoare la fuziunea „gând-acţiune" şi „gând-eveniment"

Modificarea acestor convingeri se realizează, în primul, rând prin intermediul experimentelor în plan comportamental, care îl ajută pe pacient să se convingă de faptul că, dacă nu dă curs ritualurilor de contracare a gândurilor obsesive, evenimentele de care se teme nu se produc. Convingerile referitoare la fuziunea „gând – acţiune" sau „gând – eveniment" pot fi abordate şi prin intermediul unor tehnici verbale. Terapeutul va explica pacientului acest mecanism de tip gândire superstiţioasă şi apoi îi va adresa întrebări de genul următor: „Cum îţi imaginezi că gândurile cuiva pot determina producerea unei acţiuni?" sau „Ce fel de persoană este cea care poate crede că propriile sale gânduri pot lovi pe cineva?"; „Faci parte din acea categorie de indivizi care pot să-şi influenţeze propriile gânduri?" În continuare, terapeutul va discuta cu pacientul despre acele situaţii în care acesta nu a fost capabil să neutralizeze gândurile sale obsesive, exemplele fiind utilizate drept dovezi ale

faptului că gândurile nu pot determina acţiunile. De asemenea, terapeutul îi va solicita pacientului să noteze în fişele de evaluare situaţiile în care se înregistrează confuzii între gând şi acţiune, cele două fiind identificate una cu cealaltă.

Un fenomen similar, specific pacienţilor care suferă de tulburare obsesiv-compulsivă, îl reprezintă fuziunea dintre gând şi eveniment sau convingerea că obsesia este adevărată. Pacienţii care nutresc asemenea convingeri, de regulă tacite, cred că gândul lor obsesiv a produs un eveniment actual şi el declanşează comportamente de verificare pentru a se convinge că acel eveniment negativ nu s-a produs, comportamente (ritualuri) menite să-l elibereze de anxietate. Wells (1999) prezintă cazul unei paciente însărcinate care nutrea convingerea obsesivă că sarcina nu era rezultatul relaţiei cu soţul ei, deşi ea nu mai avusese relaţii sexuale cu nici un alt bărbat. Această convingere tacită a fost evidenţiată în urma analizării ritualului ei obsesiv de a-şi trece în revistă amintirile pentru a verifica dacă nu cumva a avut vreo relaţie extraconjugală. Absenţa unor astfel de amintiri era interpretată de ea ca o dovadă a faptului că trebuie să fi avut relaţii cu vreun bărbat. Negăsind nici o amintire concretă, pacienta căuta să-şi imagineze tot felul de relaţii cu alţi bărbaţi pentru a verifica dacă este adevărat. Mai mult, ea căuta să-şi imagineze detalii legate de lenjeria intimă purtată de respectivul partener.

În cazul în care nu-şi amintea nimic acest lucru reprezenta dovada că nu s-a întâmplat nimic, dar, în acelaşi timp, faptul că ea putea să-şi imagineze că a avut relaţii sexuale cu alţi bărbaţi reprezenta pentru ea o dovadă că totuşi s-a întâmplat ceva. Se constată faptul că supoziţiile cu privire la adevărul gândurilor obsesive conduc la practicarea unor ritualuri compulsive patologice de verificare în plan mental.

Tehnica terapeutică de infirmare a convingerilor presupune infirmarea prin diverse metode a adevărului acestora şi instruirea pacienţilor să utilizeze strategii alternative ca reacţie de răspuns la gândurile obsesive. Pacientului i se explică existenţa şi rolul acestor convingeri disfuncţionale cu caracter tacit.

Majoritatea pacienţilor se gândesc la dezastre care se vor petrece sau la cât de vinovaţi se vor simţi dacă gândurile lor obsesive ar fi adevărate, aceştia operând la nivelul evaluărilor de tip I.

Wells (1995) consideră că terapeutul trebuie să-l ghideze pe pacient să opereze la nivel metacognitiv, respectiv la nivelul evaluărilor ce vizează prezenţa obsesiilor. Focalizarea terapiei trebuie centrată pe aprecierea validităţii evaluărilor faţă de obsesii, în acelaşi timp cu abandonarea strategiilor contraproductive de invalidare a acestora.

Prezentăm mai jos o serie de întrebări pentru abordarea acestei probleme:

„Ce anume te determină să practici comportamentele tale concrete sau mentale de verificare?";

„În cazul în care nu ai crede că gândurile tale sunt reale, ai avea nevoie de atâtea verificări?";

„Te-ai simţi tot atât de responsabil dacă gândurile tale nu ar fi adevărate?";

„În ce măsură verificările pe care le faci permanent te împiedică să realizezi discriminarea între evenimentele reale şi cele imaginare?" etc.

Terapeutul va trebui să insiste asupra rolului negativ al ritualurilor de verificare pentru rezolvarea problemei pe termen lung. Acest obiectiv va putea fi atins interogând pacientul de ce continuă să practice ritualurile de verificare când experienţele anterioare i-au demonstrat deja faptul că gândurile de care se teme nu sunt adevărate.

Terapeutul îl va ghida pe pacient să verifice prin intermediul metodelor verbale veridiciatatea convingerilor legate de fuziunea (identitatea) gând-eveniment. Vor fi elaborate, în continuare, răspunsuri alternative, raţionale, care vor substitui gândurile şi convingerile negative: „Este vorba doar de un gând, nu de un fenomen real"; „Nu este nevoie să intri în dialog cu produsele imaginaţiei tale; lasă-le să treacă de la sine".

Terapeutul va recomanda apoi pacientului să practice tehnica expunerii, în cadrul căreia acesta îşi va declanşa în mod deliberat obsesiile, fără a se angaja în ritualuri de contracarare.

Comportamentul de verificare este frecvent declanşat şi susţinut de prezenţa unor imagini cu conţinut obsesiv („am lăsat fierul de călcat în priză"). În astfel de cazuri, terapeutul va conduce dialogul pentru a verifica validitatea imaginilor. Dacă stările afective sunt aduse de subiect ca argumente în sprijinul faptului că imaginile sunt adevărate, terapeutul va trebui să poarte cu acesta un dialog pe tema „logicii afective" şi să-l înveţe să utilizeze stările emoţionale care apar tocmai în calitate de contraargumente care să invalideze imaginile obsesive.

Se poate utiliza şi tehnica antrenamentului mental în stare de relaxare, în cadrul căreia subiectul să-şi imagineze că a îndeplinit corect acţiunea care îl obsedează (despre care crede că nu a realizat-o). Terapeuţii de orientare cognitivistă consideră că aceasta din urmă reprezintă doar o strategie provizorie menită să reducă încărcătura emoţională a imaginilor obsesive şi este utilă doar în cazul în care nu se transformă, la rândul său, într-un fel de ritual mental mascat.

Tehnicile de reatribuire în plan comportamental

Principiile pe care se bazează aceste tehnici sunt expunerea şi blocarea reacţiilor de prevenire în vederea infirmării convingerilor disfuncţionale referitoare la gândurile obsesive şi la ritualurile cu caracter compulsiv. De asemenea, expunerea urmată de blocarea reacţiei de prevenire îl va ajuta pe pacient să exerseze metoda detaşării de obsesiile sale şi să accepte disconfortul produs de acestea.

Abordările comportamentale au subliniat rolul ritualurilor şi reacţiilor de neutralizare în menţinerea tulburării obsesiv-compulsive. Perspectiva comportamentalistă se bazează pe ideea că acele acţiuni care îl eliberează pe subiect de

temerile obsesive şi de disconfortul psihic, în general, reprezintă întăriri care nu fac decât să menţină simptomele iniţiale. Deoarece ele reduc stările afective negative, ele împiedică expunerea şi obişnuirea cu stimulii anxiogeni (Dollard şi Miller, 1950, Mowrer, 1960). Pentru a depăşi anxietatea generată de ideile obsesive se recomandă expunerea subiecţilor la stimuli anxiogeni în absenţa ritualurilor de contracarare a anxietăţii; în aceasta constă de fapt tehnica expunerii şi blocării reacţiei comportamentale de tip compulsiv. De exemplu, unui subiect care nutreşte obsesia contaminării i se va cere să atingă obiectele pe care le consideră murdare (contaminate), acesta fiind oprit să se spele pe mâini până când se va obişnui cu trăirea anxietăţii.

Terapia comportamentală simplă dă rezultate mai slabe în cazul obsesiilor simple, fără ritualuri, iar subiecţii cu tulburare obsesiv-compulsivă care nu obţin rezultatele scontate au un nivel mai ridicat al depresiei (Foa, 1979) şi au convingeri mai profunde în ceea ce priveşte caracterul real al ideilor lor.

Obervaţia că obsesiile pure, fără comportamente compulsive, răspund mai slab la terapia comportamentală ar putea fi explicată prin aceea că, în cazul acestor obsesii, anxietatea ar putea fi menţinută prin intermediul unor ritualuri mascate care se desfăşoară în plan mental. Din perspectiva cognitivistă, atât ritualurile manifeste, cât şi cele desfăşurate în plan mental împiedică expunerea subiectului la informaţii care pot modifica supoziţiile disfuncţionale. Ritualurile desfăşurate în plan mental prelungesc durata ruminaţiilor cu conţinut anxiogen, menţinând preocuparea pentru gândurile obsesive cu caracter intruziv. Mai mult, unele ritualuri mentale, precum şi unele strategii mentale de control şi verificare contribuie la accentuarea obsesiilor prin intermediul efectului paradoxal: încercările de a reprima gândurile nu fac decât să le exacerbeze.

Ritualurile deschise, realizate în plan comportamental, sunt mai uşor de identificat şi de manipulat de către terapeut, blocarea lor fiind mult mai simplu de realizat.

Abordarea cognitivistă presupune expunerea pacientului chiar la gândurile negative în vederea infirmării convingerilor negative referitoare la natura catastrofală a contactului cu acestea. Blocarea răspunsului reprezintă eliminarea comportamentelor de asigurare, fapt ce contribuie la modificarea convingerii eronate a subiectului cu privire la catastrofa care s-ar putea produce.

Instructajul administrat subiectului poate îmbrăca următoarea formă: „Problema ta constă în aceea că tu nutreşti convingerea că dacă ai gânduri rele, acestea vor face să se petreacă lucruri rele. Este de înţeles că doreşti să preîntâmpini producerea acestor evenimente negative şi, din acest motiv, ţi-ai elaborat tot felul de strategii pe care le pui în aplicare pentru a ţine situaţia sub control. Este important pentru tine să înţelegi că majoritatea oamenilor care se consideră normali nutresc astfel de gânduri. Cu toate acestea, îţi este imposibil să te convingi de faptul că gândurile tale sunt total lipsite de pericol, nu au nici o semnificaţie în plan real şi nu

izbuteşti să te convingi de acest lucru pentru că întreprinzi tot felul de lucruri pentru a preveni răul să se producă. Atâta timp cât vei acţiona astfel, teama ta se va menţine. Din acest motiv este foarte important pentru tine să descoperi că gândurile tale nu sunt periculoase şi, pentru a te convinge, nu trebuie să-ţi mai iei măsurile de precauţie. Permiţându-ţi să nutreşti gândurile respective fără a lua nici un fel de măsură de precauţie, vei constata faptul că gândurile tale nu sunt periculoase şi nu înseamnă de fapt nimic" (adaptat după Wells, 1999).

Experimente în plan comportamental

Experimentele pentru infirmarea convingerilor disfuncţionale referitoare la evaluările negative şi la previziunile care derivă în urma acestor convingeri includ fie prelungirea frecvenţei şi duratei expunerii la gândurile obsesive pentru a convinge pacientul de faptul că nu se va produce nici o catastrofa, fie prescrierea unor acţiuni comportamentale considerate de pacient ca fiind periculoase, dar care, de fapt, au un caracter inofensiv. Un pacient avea obsesia că va ataca orice vizitator cu un cuţit în momentul în care acesta va suna la uşă. Din acest motiv el ascundea cuţitele şi, dacă suna vreo persoană, verifica de mai multe ori dacă acestea sunt bine ascunse şi abia apoi deschidea uşa.

Terapeutul a utilizat tehnica desensibilizării progresive, astfel încât pacientul a putut lăsa la început cuţitele pe masa din bucătărie, apoi le-a luat în camera sa (închise într-o cutie) şi în cele din urmă le-a aşezat chiar pe noptieră.

Pentru a demonstra faptul că gândurile negative nu conduc la acţiuni sau la producerea unor evenimente catastrofale, terapeutul va solicita pacientului să crească frecvenţa şi intensitatea gândurilor obsesive. De pildă, o pacientă era obsedată de ideea că gândurile ei referitoare la faptul că fiul său ar putea suferi un accident de circulaţie chiar ar putea determina accidentul. Într-o primă etapă, terapeutul a solicitat-o să se gândească la faptul că el (terapeutul) ar putea avea un accident de circulaţie şi să constate ce se întâmplă. După o săptămână i s-a cerut să repete acelaşi experiment în care subiectul era soţul şi în cele din urmă fiul ei.

Terapeutul trebuie să contracareze însă acele convingeri pe care le nutresc unii pacienţi legate de faptul că gândurile negative ar putea avea consecinţe pe termen lung. De asemenea, pentru a avea succes, aceste experimente trebuie astfel conduse încât subiectul să nu se angajeze în ritualuri mentale mascate pentru a preîntâmpina ca răul să se producă.

O atenţie desosebită trebuie acordată acelor pacienţi cu tulburare obsesiv-compulsivă care pun în acţiune ritualuri repetitive ce le consumă foarte mult timp, structurându-şi întreaga existenţă în jurul ritualurilor respective.

Dacă terapeutul le cere să le elimine sau măcar să le reducă, aceşti subiecţi devin plictisiţi şi parcă îşi pierd sensul existenţei cotidiene; în astfel de cazuri, terapeutul va trebui să elaboreze împreună cu pacientul un nou program zilnic,

acesta fiind încurajat să-şi planifice activităţile şi să se angajeze în noi activităţi cu caracter atractiv (cum ar fi hobby-urile).

Absenţa progresului între şedinţele de psihoterapie şi unele soluţii sugerate (după Salkovskis şi Kirk, 1989)

Motivul absenţei progresului:	*Soluţia sugerată:*
1. Noncomplianţa la expunere	• Evaluaţi şi discutaţi gândurile pe care le are pacientulîn legătură cu expunerea la stimulii anxiogeni întimpul temelor pentru acasă.
2. Noncomplianţa faţă de blocarea răspunsului	• Terapeutul trebuie să fie sigur că pacientul a înţelesraţiunea tratamentului. Terapeutul trebuie săconducă pacientul în aşa fel încât să scoată la ivealădificultăţile acestuia, dificultăţi ce apar în timpulşedinţei de psihoterapie.
3. Şedinţele de expunere sunt prea scurte	• Se discută cu pacientul pentru a clarifica fricileacestuia în legătură cu eventuala prelungire aşedinţelor de expunere. Se dau teme pentru acasă cu o durată precisă.
4. Neutralizarea mascată (în gând) înlocuieşte ritualurile manifeste	• Se discută pericolul neutralizării mascate şi seinstituie un model deschis de prevenire a răspunsului.
5. Căutarea asigurărilor	• Se explică pacientului faptul că această goană dupăasigurări nu este altceva decât o formă de comportament compulsiv. Se implică şi acele persoane de lacare subiectul solicită asigurări.
6. Transferarea responsabilităţii	• Trebuie crescut nivelul responsabilităţii subiectului.Este bine să fie implicaţi şi cei asupra cărora subiectul tinde să transfere responsabilitatea.
7. Expunerea şi blocarea răspunderii sunt prea circumscrise	• Trebuie realizate generalizări în timpul temelor pentru acasă, teme care trebuie să ocupe mai mult timp în cursul unei zile.
8. Evitarea situaţiilor care declanşează gândurile obsesive	• Extinderea temelor pentru acasă pentru a includeexpunerea la situaţiile anxiogene şi în afara temelorpentru acasă. Se stabilesc obiective precise deexpunere la situaţiile anxiogene.
9. Motive neclarificate	• Se utilizează alte interviuri, se continuă expunerile şi autoevaluările atât în timpul şedinţelor, cât şi acasă, pentru a se obţine noi informaţii.

Pentru pacienţii rezistenţi se mai indică şi repetarea în plan mental a situaţiei anxiogene şi apoi a strategiilor care pot fi utilizate pentru a-i face faţă (exemplu: subiectul îşi imaginează că se apropie de chiuvetă pentru a se spăla şi apoi se întoarce şi merge la plimbare). În timpul exerciţiului imaginativ subiectul trebuie să-şi reprezinte şi creşterea anxietăţii cu toate componentele sale fiziologice şi apoi descreşterea acesteia.

Pentru ca terapia să fie eficientă aceasta trebuie adoptată nevoilor şi particularităţilor pacientului. Terapeutul are nevoie de creativitate şi simţ al umorului, dar sub nici o formă el nu trebuie să râdă de pacient.

Program de terapie cognitiv-comportamentală pentru tulburările obsesiv-compulsive uşoare (după Fensterheim şi Jean Baer, 1977)

a) Blocarea reacţiei compulsive.

Subiectului i s-a format deprinderea de a avea anumite gânduri obsesive şi, în acelaşi timp, el devine anxios din cauza acestora. Ducerea la îndeplinire a ritualului îl eliberează de anxietate, ritualul acţionând ca un fel de „fugă" din situaţie; în acelaşi timp, ieşirea din situaţie prin intermediul ritualului nu face decât să întărească reacţia anxioasă pentru că nu îi permite subiectului să afle că lucrul de care el se teme cel mai mult nu se va petrece cu adevărat. Din acest motiv, este indicat ca pacientul să nu mai evadeze din situaţie prin intermediul ritualului obsesiv; în cazul în care ducerea la îndeplinire a ritualului este blocată, subiectul învăţând să înfrunte gândurile obsesive cu calm, până când acestea se vor opri în cele din urmă.

Prezentare de caz

Amelia, casnică, de 35 de ani, îşi scotea soţul din minţi făcând permanent curăţenie în mod compulsiv. Imediat ce acesta intra în casă, Amelia lua o cârpă şi ştergea gresia din hol în urma paşilor soţului; în timp ce stăteau la masă, ea se ridica de mai multe ori să clătească farfuriile, să golească scrumiera sau să îndrepte ciucurii de la covor. Fiind preocupată de amănunte neesenţiale, Ameliei i se întâmpla de multe ori să i se ardă mâncarea.

De asemenea, ea refuza să iasă la plimbare duminica pentru că avea atât de multă „treabă în casă" încât nu-şi putea permite nici un moment de relaxare. Soţii au încetat să mai primească musafiri, pentru că înainte cu o săptămână de petrecerea planificată şi o săptămână după aceea Amelia curăţa fiecare colţişor al locuinţei.

Terapeutul i-a cerut pacientei să realizeze o listă care să cuprindă 20 de sarcini cotidiene pe care să le evalueze pe o scală de la 1 la 3, 1 reprezentând sarcinile cele mai importante (spălatul vaselor, făcutul paturilor etc.), 2 – sarcini de importanţă moderată, care ar fi fost bine să fie realizate, şi 3 – sarcini minore (curăţatul argintăriei, aranjatul dulapurilor, spălatul podelelor după fiecare persoană care intră în cameră sau curăţatul oglinzilor).

În prima etapă, pacienta a primit ca sarcină terapeutică să nu îndeplinească sarcinile minore. Acest lucru i s-a părut foarte dificil, ea a fost cuprinsă de o puternică anxietate şi a treia zi a realizat activităţile care i-au fost interzise.

Terapeutul a decis să-i dea Ameliei o sarcină mai uşoară, şi anume să nu cureţe argintăria timp de o săptămână, ceea ce ea a izbutit să realizeze. Apoi i s-a cerut să nu execute activitatea respectivă timp de încă o săptămână, ceea ce i s-a părut şi mai uşor.

La fiecare două săptămâni, terapeutul a procedat la eliminarea gradată a altei sarcini lipsite de importanţă. După aproximativ trei luni de psihoterapie, atmosfera din familie s-a îmbunătăţit simţitor.

b) Contractul de preîntâmpinare a comportamentului compulsiv.

Acest contract are drept scop să ajute subiectul să blocheze reacţiile de tip compulsiv şi implică următoarele etape:

- pacientul trebuie să-şi precizeze clar ce tip de comportament doreşte să blocheze (să verifice dacă uşile sunt încuiate, să se spele pe mâini de nenumărate ori etc.);
- să precizeze ce recompensă ar dori să obţină de la partenerul său pentru că nu mai duce la îndeplinire secvenţa patologică de comportament (să primească un cadou, să meargă la restaurant etc.);
- să specifice exact ce anume trebuie să facă pentru a primi recompensa (de pildă, să nu dea curs activităţii ritualiste timp de două zile).

După ce subiectul a reuşit să câştige premiul dorit se poate trece la creşterea treptată a intervalului când acesta nu va îndeplini ritualul obsesiv: două zile, o săptămână, o lună etc., mărindu-se, eventual, şi valoarea recompensei.

Prezentare de caz

Cornel, profesor de biologie, un individ sociabil şi amator de petreceri, era permanent dominat de gânduri obsesive legate de moarte („mama va face un atac de cord"; „dacă fiul meu pleacă în Germania, precis că avionul se va prăbuşi"; „soţia mea se va îmbolnăvi de cancer etc."). Pentru „a preveni" producerea nenorocirilor respective, Cornel şi-a pus la punct un ritual foarte complicat: obişnuia să se spele pe dinţi de patru ori pe zi, purtând pasta şi periuţa de dinţi în buzunar; să se spele în mod compulsiv pe mâini; să numere şi să reaşeze hainele pe umeraşe în dulap.

Contractul terapeutic utilizat în acest caz a fost următorul: Cornel trebuia să se abţină timp de o săptămână să verifice şi să reaşeze hainele în dulap; în cazul în care pacientul se ţinea de cuvânt, soţia trebuia să invite prieteni la masă; în caz contrar, soţia nu invita pe nimeni. Dacă soţul reuşea să se abţină de la ritual timp de trei săptămâni, cei doi urmau să ia masa în oraş cu prietenii.

Interesant este faptul că, pe măsură ce Cornel a reuşit să-şi controleze gândurile obsesive şi comportamentele ritualiste, a ieşit la iveală faptul că pacientul nutrea sentimente de ostilitate faţă de soţia sa, sentimente pe care era incapabil să le exprime.

În această etapă a terapiei subiectul a fost învăţat să-şi exprime deschis sentimentele de nemulţumire şi ostilitate, ceea ce a contribuit în final la îmbunătăţirea relaţiei de cuplu.

Destructurarea modelului patologic al gândirii necontrolate

Un prim pas în realizarea acestui deziderat îl reprezintă achiziţionarea deprinderilor de relaxare, deoarece cu cât subiectul este mai încordat, cu atât este mai stăpânit de gânduri producătoare de anxietate. De aceea, învăţarea relaxării reprezintă o metodă indirectă de autocontrol al gândurilor negative. Din nefericire majoritatea pacienţilor obsesivi au dificultăţi în însuşirea relaxării pentru că sunt permanent bombardaţi de gândurile perturbatoare referitoare la tot felul de nenorociri posibile (aceşti pacienţi afirmă adesea: „îmi simt corpul relaxat, dar gândurile nu-mi dau pace").

Fensterheim şi Jean Baer (1977) propun pentru această categorie de subiecţi următorul exerciţiu menit să contribuie la obţinerea unui mai bun autocontrol asupra gândurilor negative.

Pacientului i se cere să se aşeze într-o poziţie confortabilă pe un fotoliu sau întins pe o canapea, cu ochii închişi şi să răspundă – în limbaj interior – la întrebările adresate de terapeut (se poate utiliza şi o casetă). Răspunsul poate fi: da, nu, poate, uneori sau este posibil ca subiectul să nu dea nici un răspuns.

„Poţi să faci în aşa fel încât pleoapele tale să devină tot mai grele, din ce în ce mai grele?"

„Poţi să faci ca braţul tău drept să devină mai relaxat decât braţul stâng?"

„Poţi să-ţi imaginezi că priveşti un obiect în depărtare?"

„Îţi poţi imagina că te afli pe malul unui lac şi că admiri un apus de soare?"

„Îţi poţi imagina cum ar arăta tabloul care oglindeşte apusul soarelui, realizat de un pictor celebru?"

„Poţi să-ţi reprezinţi mirosul de căpşuni proaspete?"

„Poţi să-ţi aminteşti ce gust avea îngheţata atunci când erai copil?"

„Îţi poţi imagina cum arată un lac primăvara?"

„Eşti capabil să numeri culorile curcubeului?"

„Poţi să faci în aşa fel încât picioarele tale să devină tot mai grele şi mai relaxate?"

„Poţi să respiri calm şi liniştit aşa cum faci atunci când dormi?"

„Poţi să-ţi imaginezi o scenă plăcută şi să te gândeşti la cuvântul calm?"

„Poţi să faci în aşa fel încât întregul tău corp să se simtă calm şi relaxat?"

„Calm şi relaxat..."

„Calm şi relaxat.

Se acordă o pauză de 10 secunde, după care subiectul poate deschide ochii, continuând să rămână relaxat. Întregul exerciţiu durează în jur de 5 minute şi trebuie

practicat până când subiectul învață întrebările și devine capabil să și le adreseze singur, în gând, chiar în situații de viață în care se simte tensionat.

Tehnica opririi gândurilor

Pacientul este instruit ca, imediat ce îi vine în minte un gând obsesiv de care dorește să se debaraseze, să-și spună în limbaj interior „stop!" și apoi „calm" și să-și relaxeze musculatura.

Nicolae, un contabil de 32 de ani, era convins că va muri de o boală gravă, de pneumonie, ulcer, cancer sau de un atac de cord. El purta în permanență un termometru în buzunar și își măsura pulsul de câteva ori pe zi. De mai multe ori pe săptămână mergea la medicul de familie, precum și la alți specialiști (cardiolog, orelist etc.). Pacientul s-a prezentat la cabinetul de psihoterapie pentru că prietena lui era exasperată de faptul că se oprea pe stradă de mai multe ori și își măsura pulsul.

După aproximativ două luni de relaxare, combinată cu tehnica opririi gândurilor, comportamentul subiectului s-a normalizat și el a încetat să-și mai controleze mereu starea de sănătate. Din păcate, psihoterapia a trebuit continuată, pentru că pacientului i-a apărut un alt gând obsesiv: „Dacă mă voi îmbolnăvi cu adevărat, oare nu voi neglija boala?".

Tehnica exagerării gândurilor obsesive (Arnold Lazarus, 1976)

În cazul în care tehnica blocării nu dă rezultatele scontate, se poate aplica tehnica inversă: gândurile negative sunt hiperbolizate până la ridicol. Astfel, o secretară era obsedată de gândul că va fi concediată pentru că nu este suficient de conștiincioasă. Terapeutul i-a indicat să-și spună în gând un text de tipul următor:

„Voi face o greșeală mică și aceasta va duce la falimentul firmei. Voi fi dată afară și voi ajunge la închisoare. Când mă voi elibera nu mă va mai angaja nimeni și voi ajunge să cerșesc pe treptele bisericii etc.".

Combaterea „neajutorării dobândite"

Pacienții obsesivi suferă de o teamă care izvorăște din interiorul ființei lor, iar ritualurile obsesive produc doar o ușurare de moment. Orice eliberare de gânduri negative are un caracter accidental și nu este consecința autocontrolului exercitat de subiect asupra stărilor sale psihice. Această situație conduce la starea denumită „neajutorare dobândită" care, le rândul ei, induce depresia, care, de cele mai multe ori, evoluează în paralel cu gândurile și comportamentele obsesive.

Subiecții care suferă de obsesii sunt permanent preocupați să se elibereze de teamă și, din acest motiv, le rămân relativ puțin timp și energie pentru activități agreabile, fapt ce conduce la accentuarea depresiei.

Fensterheim şi Jean Baer (1977) propun pentru această categorie de subiecţi un exerciţiu care să conducă la modificarea orientării pasive şi la înlocuirea ei cu sentimentul competenţei personale. Exerciţiul are drept obiectiv combaterea sentimentului de neajutorare dobândită prin intermediul controlării unor întăriri pozitive. În prima săptămână pacientului i se cere ca în fiecare zi să realizeze o acţiune obişnuită care îi produce un sentiment de plăcere; în cazul în care a simtit satisfacţie de pe urma acţiunii respective, el trebui să noteze acest lucru în jurnalul său personal. (Acţiunile respective pot fi extrem de simple: cumpărarea unui obiect pe care subiectul şi-l doreşte, o plimbare în oraş, lectura unei cărţi bune sau ascultarea unei bucăţi muzicale favorite.) În următoarele trei săptămâni sarcina subiectului este să realizeze câte două acţiuni agreabile pe zi, condiţia fiind ca acestea să nu se repete.

O variantă a exerciţiului constă în a solicita subiectul să realizeze, în prima săptămână, câte o acţiune şi, în următoarele trei săptămâni, câte două acţiuni menite să contribuie la îmbunătăţirea imaginii de sine şi a autostimei.

Ştefan, un economist în vârstă de 40 de ani, s-a prezentat la psihoterapie pentru o depresie moderată şi idei obsesive legate de ineficienţa personală. Pacientul nu făcea altceva decât să-şi găsească permanent defecte şi neajunsuri. Se critica pentru modul în care lucra la firmă, pentru faptul că nu făcea suficient pentru gospodărie, pentru că nu se ocupa de copii, el considerând chiar că nu este suficient de bun pentru soţia sa. Datorită dispoziţiei depresive, nevoile şi performanţele sale sexuale s-au redus simţitor. Interesant este faptul că pacientul nu putea găsi nici un element pozitiv la propria persoană.

Terapeutul i-a explicat că, dacă cineva i-ar spune de câte două sute de ori pe zi cât este de rău şi de ineficient, el (terapeutul) ar sfârşi în cele din urmă prin a-l crede; or, acest lucru îşi făcea subiectul lui însuşi.

În acest caz a fost utilizată tehnica relaxării, cu sugestii de întărire a eului, combinată cu tehnica opririi gândurilor negative şi cu cea a combaterii sentimentului de neajutorare dobândită. Ştefan a primit drept sarcină terapeutică să-şi facă mici plăceri.

Pentru creşterea autostimei i s-a recomandat să cumpere, din când în când, câte un mic dar soţiei, deoarece pacientul se considera incompetent în calitate de soţ. Pe măsură ce a izbutit să-şi controleze comportamentul prin care îşi oferea satisfacţii personale, el a început să-şi cenzureze şi gândurile negative legate de propria persoană şi a devenit ceva mai asertiv şi mai puţin depresiv.

Dificultăţile demersului terapeutic în tulburările obsesive (Salkovskis şi Jean Kirk, 1989)

1) Pacientul poate avea probleme în imaginarea unor scene declanşatoare sau alternative. În astfel de cazuri este necesară o exersare preliminară a imaginaţiei.

2) Pot apărea dificultăţi în înlăturarea gândurilor obsesive; în acest caz, terapeutul trebuie să se întoarcă la gândurile obsesive mai puţin perturbatoare pentru subiect.

3) Pacientul poate opri efectuarea temelor pentru acasă. Acest lucru se întâmplă pentru că el a încercat în practică tehnica opririi gândurilor, dar n-a găsit-o eficientă. Când se întâmplă acest lucru înseamnă că pacientul nu a exersat destul. De asemenea, este posibil ca pacientul să fi considerat exerciţiile de acasă prea stresante sau pentru că situaţia în care a exersat a fost neadecvată (a exersat dimineaţa, când dispoziţia este mai proastă sau atunci când apar multe alte solicitări).

În cazul în care pacientul a exersat procedura în modul recomandat, dar rata disconfortului nu s-a redus, atunci probabil că este vorba de continuarea neutralizării mascate sau a căutării de asigurare; în acest caz, terapeutul trebuie să obţină cu ajutorul unor întrebări informaţii suplimentare prin intermediul cărora să identifice neutralizările mascate şi să discute cu pacientul rolul lor în menţinerea simptomelor.

XVI. Terapia cognitiv-comportamentală în depresii

Depresia este un fenomen atât de răspândit încât a fost, pe drept cuvânt, numită „guturaiul psihiatriei“ (Seligman, 1975). 15-20% din populaţia adultă a suferit de o simptomatologie depresivă şi peste 12% a trăit o depresie suficient de puternică pentru a necesita tratament (Melanie Fennell, 1989).

În ţările vestice, rata depresiei este de 2/1 în favoarea femeilor (Brown şi Haris, 1978).

Cauzele depresiei sunt multiple (Weissman, 1982):

- tulburări la nivelul neurotransmiţătorilor;
- tulburări depresive sau alcoolism în familie;
- pierderea timpurie a unui părinte;
- neglijarea în copilăria timpurie;
- evenimente de viaţă negative;
- un partener ostil sau/şi critic;
- lipsa unei relaţii apropiate;
- absenţa unui suport social;
- lipsa stimei de sine pe termen lung.

În clinică există numeroase clasificări ale tulburării depresive:

- tulburare afectivă bipolară şi unipolar-depresivă;
- tulburare depresivă:
  - endogenă (având cauze interne, încă insuficient cunoscute);
  - reactivă (nevrotică, produsă de acţiunea factorilor stresanţi).

În această lucrare termenul de depresie se va referi la depresia nevrotică (non-psihotică), pentru care se potriveşte psihoterapia cognitiv-comportamentală. Trebuie menţionat faptul că depresia nevrotică se deosebeşte de simpla reacţie firească de tristeţe la evenimente cu caracter negativ.

Depresia se caracterizează prin:

- trăirea sentimentului de tristeţe;
- plâns frecvent;
- sentimente de culpabilitate;
- iritabilitate;
- anxietate;
- tensiune psihică;
- subiectul nu se mai bucură de activităţile normale;
- nivelul energiei psihice e redus şi orice acţiune, cât de mică, presupune un efort;
- tendinţă de retragere;
- pacienţii petrec mult timp în pat sau în fotoliu;
- activităţi obişnuite şi agreabile, cum ar fi lectura ziarelor sau vizionarea unor programe TV, devin dificile şi plictisitoare, pentru că subiectul nu se mai poate concentra;
- subiectul se preocupă de cât de rău se simte sau de dificultăţile insolubile care îl aşteaptă;
- somnul este dificil;
- apetitul scade;
- nevoile sexuale se diminuează.

În cazul depresiei psihotice apar sentimente puternice de inutilitate, culpabilitate şi autodevalorizare, precum şi idei şi tentative de autoliză (suicid). 15% dintre depresivi se sinucid (Coryell şi Winokur, 1982).

În majoritatea cazurilor episodul depresiv este limitat în timp, durând 3-6 luni. Cu toate acestea, recăderile sunt frecvente şi la 15-20% dintre pacienţii depresivi simptomele se cronicizează.

Din acest motiv, terapia urmăreşte nu numai să grăbească revenirea, ci şi să menţină ameliorarea şi, dacă este posibil, să prevină recăderile.

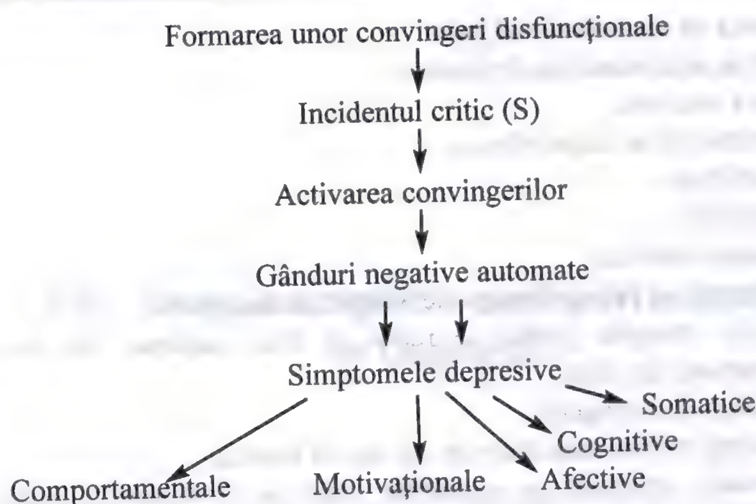
Terapia cognitiv-comportamentală în depresii a fost dezvoltată de Beck şi colaboratorii (Beck, Rush, Shaw şi Emery, 1979).

Modelul cognitiv al depresiei
(Beck, 1967, 1976)



Experienţe (timpurii)





Modelul de convingere disfuncţională este descris de Elis, părintele terapiei relaţional-emotive: „dacă cineva gândeşte rău despre mine, eu nu pot fi fericit" sau „trebuie să fac bine orice lucru de care mă apuc".

Convingerea disfuncţională nu produce simptomul prin ea însăşi, ci doar atunci când anumite incidente (evenimente externe) vin s-o întărească. Astfel, convingerea că valoarea personală depinde de succes poate conduce la tulburare depresivă în caz de eşec. Pe măsură ce tulburarea depresivă se dezvoltă, gândurile negative automate devin tot mai frecvente şi tot mai intense şi tind să estompeze gândurile raţionale. Acestea produc simptomele depresiei, care, la rândul lor, întăresc modul negativ de gândire şi astfel se formează un cerc vicios.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală sparge cercul vicios, învăţând pacientul să adreseze întrebări provocatoare gândurilor negative pentru a verifica dacă fundamentarea lor este corectă.

Modelul cognitiv prezentat mai sus nu este valabil doar pentru depresie, ci se adresează oricărei tulburări afective (emoţionale). Trebuie subliniat faptul că distorsionarea unor informaţii conform unei grile preexistente nu este specifică doar depresivilor, ci tuturor oamenilor; ceea ce face depresivul nu este decât să intensifice procesul respectiv.

De asemenea, faptul că cogniţia influenţează starea afectivă nu înseamnă că o gândire negativă conduce obligatoriu la depresie. Depresia este rezultatul unui cumul de factori biologici, de dezvoltare ontogenetică, sociali, de predispoziţii psihologice şi de variabile precipitatoare.

Cogniţia are însă o prioritate, în timp, în declanşarea depresiei şi poate acţiona ca declanşator, factor de întărire şi menţinere a simptomelor. Din acest motiv, cogniţia reprezintă un punct ideal de intervenţie psihoterapeutică.

Caracteristicile psihoterapiei cognitiv-comportamentale (Beck şi alţii 1979)

1. Este bazată pe o concepţie teoretică coerentă (modelul cognitiv al depresiei) şi *nu* este o simplă colecţie de tehnici.
2. Este scurtă şi limitată în timp, încurajând pacientul să dezvolte abilităţi de autoreglare („self-help skils").
3. Este structurată şi directivă.
4. Este orientată pe problemă şi pe factorii (cauze) care o menţin, mai mult decât pe originile acestora.
5. Are la bază un proces de chestionare care să dirijeze descoperirea („guided discovery", Young şi Beck, 1982) şi nu atât pe persuasiune, prelegeri şi dezbateri.
6. Se bazează pe metode inductive, astfel încât pacienţii învaţă să considere gândurile şi convingerile ca pe nişte ipoteze care trebuie verificate.
7. Are un caracter educaţional, considerând tehnicile cognitiv-comportamentale ca pe nişte deprinderi care trebuie achiziţionate de subiect prin exerciţiu şi transferate în viaţa cotidiană prin intermediul temelor pentru acasă.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală poate fi definită ca un fel de rezolvare de probleme, depresia fiind ea însăşi o problemă. Scopul terapiei este să-l ajute pe pacient să găsească soluţii la problemele sale şi nu doar să-l ajute pe acesta să gândească mai raţional. Obiectivul imediat al terapiei este eliberarea de simptome, iar cel pe termen lung este rezolvarea problemelor de viaţă (cum ar fi, de pildă, dificultăţile relaţionale), prevenirea sau măcar atenuarea apariţiei unor episoade depresive viitoare.

Psihoterapia implică un maximum de 20 de ore, în şedinţe de o oră, desfăşurate de două ori pe săptămână, timp de 3-4 săptămâni (pentru a combate lipsa de speranţă) şi o dată pe săptămână ulterior. În practică însă, numărul de şedinţe variază considerabil.

Pentru subiecţii care au deprinderea de a se autoregla, formată înainte de instalarea depresiei, ajung 5-6 şedinţe. Pentru cei cu depresie mai severă este bine ca şedinţele să fie mai scurte (20 min.) pentru că aceştia au capacitatea de concentrare scăzută şi un nivel energetic, de asemenea, scăzut.

Selecția pacienților pentru psihoterapie (Melanie Fennell, 1989)

Factorii ce trebuie luați în considerație:

1. Psihoterapia cognitiv-comportamentală este valabilă pentru pacienți non-psihotici (Rush şi Shaw, 1983).

2. Cu toate acestea, nu există date suficiente de cercetare care să ateste faptul că pacienții endogeni ar răspunde slab la acest gen de terapie (Blackburn, Bishop, Glen, Whaley şi Cristie, 1981, Kovacs, Rush, Beck şi Hollon, 1981). Este posibil ca metodele cognitiv comportamentale să dea rezultate dacă sunt folosite împreună cu o medicație antidepresivă.

3. Este important de cunoscut gradul de severitate al depresiei pentru:
   a. a şti dacă trebuie combinată psihoterapia cu medicația psihiatrică;
   b. elaborarea strategiei psihoterapeutice.

4. Trebuie identificat pattern-ul de gândire negativă. O atenție deosebită trebuie acordată:
   a. lipsei de speranță;
   b. intențiilor suicidare;
   c. expectațiilor negative în legătură cu tratamentul.

5. Dorința de cooperare a pacientului.

6. Capacitatea pacientului de a intra în relație de colaborare cu psihoterapeutul. Apar dificultăți la pacienții care:
   a. se tem să-şi dezvăluie gândurile şi sentimentele;
   b. insistă asupra faptului că se pot descurca singuri;
   c. consideră, dimpotrivă, că terapeutul trebuie să facă totul singur.

În astfel de cazuri, psihoterapia nu este contraindicată dar demersul terapeutic va fi mai lung, terapeutul dedicând primele şedințe construirii relației terapeutice. Terapeutul trebuie să-l ajute pe pacient să reevalueze acele gânduri şi convingeri care stau în calea unei colaborări active.

Exemplu: „Dacă îi spun cum mă simt cu adevărat, mă va respinge" sau „Este treaba lui să mă facă bine fără nici un fel de efort din partea mea".

7. Cât de extins este repertoriul de abilități de a face față vieții („coping skills") pe care îl are pacientul? Pacienții cu repertoriu mai bogat de deprinderi de a face față stresului vor răspunde mai repede şi mai bine la psihoterapia cognitiv-comportamentală (Simons, Lustman, Wetzel, Murphy, 1985).

Structura tratamentului (Melanie Fennell, 1989)

1. Interviul iniţial (1-1,5 ore) urmează după interviul de evaluare, care stabileşte dacă pacientul este potrivit pentru psihoterapie.

Schema interviului iniţial

a. Evaluarea dificultăţilor curente:
   i. simptome;
   ii. probleme de viaţă;
   iii. gânduri negative asociate;
   iv. debut, evoluţie şi contextul în care a apărut tulburarea depresivă;
   v. lipsa de speranţă;
   vi. idei suicidare.

b. Stabilirea scopurilor terapiei.

c. Prezentarea programului de terapie:
   i. detalii practice;
   ii. problema cercului vicios: gânduri negative-depresive;
   iii. posibilităţi de schimbare.

d. Începerea tratamentului:
   i. specific:
      1. selecţionarea primelor sarcini:
      2. acordul cu privire la temele pentru acasă.
   ii. general:
      1. pacientului i se furnizează cunoştinţe cu privire la stilul terapiei cognitiv-comportamentale.

Obiective:

- Stabilirea relaţiei psihoterapeutice.
- Trezirea speranţei pacientului.
- Pacientul trebuie făcut să înţeleagă, la nivel preliminar, esenţa modelului.
- Se obţine acordul pacientului că va testa în practică cele învăţate.

Dificultăţile şi problemele curente sunt schematizate şi apoi notate în lista de probleme, ca în exemplul următor:

Experienţe timpurii traumatizante
Comparaţii nefavorabile cu sora mea geamănă.
Tatăl (suportul familiei) a decedat.



Convingeri disfuncționale
Sunt inferioară ca persoană.
Valoarea mea depinde de ceea ce cred alții despre mine.
Dacă nu fac ceva ce vor ceilalți oameni de la mine,
ei mă vor respinge.



Incidentul critic
Căsătoria a eşuat.



Gânduri negative automate
Este vina mea: am stricat totul.
Nu-mi pot conduce viața.
Voi rămâne singură toată viața şi va fi îngrozitor.
Sunt proastă.



Simptom

Comportamentale: tonus scăzut al activității; tendință de retragere.

Motivaționale: lipsa interesului şi a sentimentului plăcerii, totul se face cu efort.

Afective: tristețe, anxietate, culpabilitate, ruşine.

Cognitive: slabă capacitate de concentrare, indecizie, ruminații interioare, autocritică, gânduri suicidare.

Somatice: insomnii, inapetență.

Lista de probleme

1. Incapacitatea de a mă exprima:
   - dificultatea de a spune „Nu";
   - dificultatea de a contrazice;
   - dificultatea de a spune ce doresc dacă alții doresc ceva diferit.
2. Sentimente de inferioritate.
3. Dificultatea de a mă adapta la faptul că a eşuat căsătoria:
   - nu voi fi capabilă să mă descurc singură cu lucrurile practice;
   - nu voi găsi niciodată o relație satisfăcătoare pe termen lung.
4. Depresie:
   - mă simt depăşită de cerințele zilnice;
   - evitarea contactului cu oamenii;
   - stau şi macin gânduri triste;

- nu fac nimic;
- nu mă pot concentra;
- nu mă bucură nimic etc.

5. Sentimentul de deprimare pentru că sunt deprimată:
   - Este vina mea că am stricat totul;
   - Merit să mă simt astfel.

Lista de probleme trebuie să includă simptomele şi problemele de viaţă. Acestea din urmă se referă la:

- probleme practice (exemplu: dificultăţi în gospodărie, şomaj);
- probleme interpersonale (dificultăţi în formarea unor relaţii apropiate);
- probleme intrapersonale (lipsa încrederii în sine).

Terapeutul prezintă un rezumat al celor spuse şi aşteaptă un feedback de la pacient. Lista de probleme realizează o oarecare ordine într-un haos pentru că un număr mare de experienţe negative sunt reduse la un număr de dificultăţi specifice. Aceasta reprezintă procesul „reducerii problemelor“, care trezeşte speranţa pacientului pentru că se întrevede posibilitatea unui control asupra acestora.

Ideile suicidare trebuie puse în evidenţă de la primul interviu. Când acestea au fost evidenţiate, terapeutul trebuie să afle dacă pacientul a elaborat planuri în acest sens şi ce anume l-a împiedicat să le pună în aplicare.

Dacă lipsa de speranţă şi ideile suicidare sunt serioase, atunci acestea trebuie să reprezinte obiectivul primelor intervenţii. Unii terapeuţi consideră că nu este bine să vorbească de suicid pentru a nu băga astfel de idei în capul pacienţilor lor. Dar observaţiile au arătat că, mai curând, discuţiile deschise pe această temă pot produce pacientului un sentiment de uşurare. Suicidul este reacţia obişnuită la ideea că situaţia este intolerabilă şi nimic nu poate fi făcut pentru a o schimba. Autodistrugerea apare în acest caz ca un fel de rezolvare a problemei. În acest caz, discuţiile pot deschide perspectiva găsirii unei soluţii alternative.

Stabilirea scopurilor

Se realizează prin intermediul unor întrebări de genul:

„Cum ai vrea să stea lucrurile în problema X?“ sau

„Să presupunem că tratamentul va avea efect; cum vezi desfăşurarea diferită a lucrurilor în problema ta?“

Scopurile se modifică adesea pe parcursul tratamentului. Stabilirea scopurilor îl ajută pe terapeut să corecteze expectațiile nerealiste cu privire la psihoterapie, furnizează câteva standarde în raport cu care se poate monitoriza progresul şi focalizează atenția spre viitor.

Prezentarea tratamentului

Pacienţilor li se dau informaţii despre aspectele practice, cum ar fi numărul de şedinţe, durata şi frecvenţa acestora, cât şi despre temele pentru acasă. Li se explică clar că depresia trebuie înţeleasă în termenii cercului vicios pe care îl produc gândurile negative care, la rândul lor, produc o dispoziţie proastă ce generează, la rândul ei, gânduri negative. Trebuie să li se explice, de asemenea, că schimbarea este posibilă dacă pacientul învaţă să surprindă şi să testeze (verifice) gândurile negative pentru a sparge cercul vicios prin găsirea unor alternative mai realiste la gândurile negative.

Pacientul este invitat să-şi exprime deschis îndoielile şi acestea sunt discutate cu psihoterapeutul. Acesta este solicitat să-şi monitorizeze activităţile, dispoziţia şi gândurile negative automate într-o agendă personală. Agenda include:

- trecerea în revistă a evenimentelor de la ultima şedinţă;
- feedback-uri referitoare la ultima şedinţă;
- temele pentru acasă.

Fiecare şedinţă este dedicată unei anumite probleme, denumită *tema majoră*, care este definită de pacient în colaborare cu terapeutul. Ea presupune lucrul cu o strategie cognitiv-comportamentală specifică, cum ar fi de pildă adresarea de întrebări de verificare a gândurilor negative, discutarea dificultăţilor care au apărut în ultima săptămână sau dezbaterea unor probleme pe termen lung (exemplu: dificultăţi maritale).

Temele pentru acasă au menirea de a ajuta pe pacient să-şi însuşească tehnici de autoajutorare.

Ele sunt utile dacă:

- urmează logic ceea ce s-a petrecut în timpul şedinţei de psihoterapie;
- sunt precis şi concret definite, astfel încât succesul este uşor de înregistrat;
- au o bază logică, înţeleasă şi acceptată atât de terapeut, cât şi de pacient;
- sunt definite ca situaţii din care nu se pierde nimic pentru că se învaţă chiar dacă scopul nu a fost atins.

Pentru a evita orice neînţelegere, este util, atât pentru terapeut, cât şi pentru pacient, să noteze sarcina trasată şi ce anume trebuie obţinut.

Strategiile cognitiv-comportamentale de psihoterapie (Melanie Fennell, 1989)

1. Strategii cognitive:
   - Tehnici de distragere
   - Numărarea gândurilor
2. Strategii comportamentale:
   - Monitorizarea activităţilor, plăcerii şi autocontrolului;
   - Realizarea unor orare;
   - Stabilirea unor sarcini gradate.
3. Strategii cognitiv-comportamentale:
   - Identificarea gândurilor negative automate;
   - Adresarea de întrebări gândurilor negative;
   - Experimente în sfera comportamentală.
4. Strategii preventive:
   - Identificarea convingerilor;
   - Adresarea de provocări convingerilor;
   - Pregătirea pentru viitor.

Pentru a încuraja speranţa şi angajarea pacientului în psihoterapie este important ca, în cadrul şedinţelor de psihoterapie, cât şi al temelor pentru acasă, aceştia să obţină unele succese, oricât de mici, pe care pacientul trebuie să şi le atribuie lui însuşi şi care să aducă o dovadă că depresia poate fi controlată prin efort personal. Acest lucru este cu atât mai important la începutul tratamentului.

Etapa nr. 1. Strategii cognitive

Sunt prezentate ca modalităţi de a stopa „ruminaţiile" depresive care nu fac decât să înrăutăţească situaţia, în loc să contribuie la o rezolvare constructivă a problemei.

Ele sunt utile mai ales la începutul tratamentului, înainte ca pacientul să capete abilitatea de a găsi alternative la gândurile negative automate. Ele nu produc o modificare cognitivă esenţială, dar, prin reducerea frecvenţei gândurilor depresive, contribuie la ameliorarea dispoziţiei care, la rândul ei, poate fi utilizată pentru a facilita rezolvarea de probleme. Unii pacienţi

utilizează spontan metoda distragerii pentru a evita să se gândească la lucruri dureroase („evitare cognitivă"). Acestora trebuie să li se explice avantajele (se simt bine pe termen scurt) şi dezavantajele (problemele rămân nerezolvate pe termen lung) aplicării acestei tehnici ca unică metodă.

Tehnicile de distragere

1. Concentrarea pe un obiect.

Pacienţilor li se cere să se concentreze pe un obiect şi să-l descrie pentru ei înşişi cu cât mai multe detalii.

2. Conştientizarea senzorială.

Pacienţii sunt învăţaţi să se concentreze asupra mediului înconjurător ca un tot unitar, utilizând văzul, auzul, gustul, pipăitul şi mirosul. Concentrarea poate viza şi corpul propriu („Ce simţi în interiorul corpului tău? Ce poţi atinge? Îţi simţi trupul pe scaun? Îţi percepi hainele, ochelarii, părul? etc. Ce vezi în jurul tău? Şi ce mai vezi? Ce auzi?" etc).

3. Exerciţii mentale:

- a număra de la 1000 la 1 din 7 în 7 (din 5 în 5);
- a numi oraşele al căror nume începe cu o anumită literă;
- reamintirea în detaliu a unei vacanţe.

4. Amintiri şi imagini plăcute:

- amintirea unei situaţii plăcute, când subiectul a avut un mare succes;
- ce ai face dacă ai câştiga o maşină sau o sumă mare de bani.

Dezavantajul constă în faptul că la depresivi accesul la amintiri plăcute poate fi dificil de realizat, iar gândurile pozitive sunt repede sufocate de cele negative.

5. Activităţi care îl absorb pe subiect.

Este important să fie selectate astfel de activităţi care ocupă atât mintea, cât şi trupul: rebus, tenis, ascultă radioul în timp ce calcă etc.

6. Numărarea gândurilor (Burns, 1980).

Are menirea să producă o anumită distanţă faţă de gândurile negative. Subiectul este învăţat să noteze apariţia gândurilor negative bifând câte un punct într-un tabel. Dezavantajul acestei tehnici constă în aceea că ea poate avea ca efect imediat intensificarea gândurilor negative, ceea ce duce la accentuarea depresiei, mai ales atâta timp cât pacientul nu are încă deprinderi de a le modifica.

Etapa nr. 2. Strategii comportamentale

Scopul unor activităţi – cum ar fi automonitorizarea, realizarea şi urmărirea unor programe (orare) şi a unor sarcini gradate – are drept scop angajarea subiectului în activităţi care să îmbunătăţească dispoziţia.

1. Monitorizarea activităţilor.

Pacienţilor li se cere să noteze ce fac, oră de oră, şi să coteze activităţile în funcţie de doi parametri:

- plăcere – P;
- grad de realizare (măiestrie) – R.

Aceste protocoale îl ajută pe pacient să verifice veridicitatea unor gânduri, cum ar fi „Eu nu am făcut nimic".

De asemenea, acest gen de înregistrări surprinde relaţia dintre dispoziţie şi activitate.

Cotând diverse activităţi la indicatorul „plăcere", aceasta poate ajuta la infirmarea unor gânduri negative de tipul „Orice aş face, mi-e indiferent" (gând ce reflectă dificultatea de a percepe experienţe pozitive).

2. Realizarea unor orare (programe).

Se utilizează pentru a planifica activităţile viitoare după acelaşi model (oră de oră). Scopul constă în a creşte nivelul de activism al subiectului şi de a maximiza eficienţa şi plăcerea.

Avantajele tehnicii:

- reduce numărul prea mare de sarcini la o listă posibil de îndeplinit;
- înlătură nevoia unor decizii repetate („Ce voi face acum?");
- creşte sentimentul că activităţile respective pot fi îndeplinite;
- creşte proporţia activităţilor de pe urma cărora subiectul obţine satisfacţie;
- creşte nivelul sentimentului de autocontrol al subiectului asupra propriei sale existenţe.

Sarcinile gradate se referă la realizarea unor exerciţii în paşi mici, accesibili subiectului, fiecare pas fiind întărit prin feedback.

Accesul la fiecare etapă este facilitat prin identificarea şi adresarea unor întrebări cu caracter provocativ fiecărui blocaj (blocajele sunt de tipul: „Nu voi fi capabil să fac aceasta"; „Este prea mult pentru mine" etc.).

Tehnica este utilă pentru a-l ajuta pe pacient să depăşească inerţia şi să facă faţă unor situaţii care produc anxietate. Depresivii relatează faptul că de cele mai multe ori ei eşuează să îndeplinească sarcini pe care şi le-au trasat

singuri şi folosesc aceste fapte ca pe o dovadă a inadecvării lor personale. Aceasta se întâmplă pentru că ei aşteaptă prea mult de la propria persoană, considerând că ar trebui să se comporte ca şi cum nu ar fi depresivi.

Sarcinile gradate combat lipsa de speranţă, încurajând pacientul să reducă sarcinile la proporţii rezonabile şi crescând frecvenţa recompenselor.

Etapa nr. 3. Strategii cognitiv-comportamentale

Şedinţele de psihoterapie şi temele pentru acasă au ca obiectiv să-l înveţe pe pacient să identifice, să adreseze întrebări şi să testeze autenticitatea gândurilor negative.

Conţinutul gândurilor negative a fost clasificat în ceea ce Beck (1967) numea „triada cognitivă“:

1. Ego-ul („sunt lipsit de valoare“);
2. Experienţele curente („nimic din ceea ce fac nu este bine“);
3. Viitorul („niciodată nu mă voi simţi mai bine“).

Gândurile depresive automate au o serie de particularităţi care influenţează psihoterapia şi afectează relaţia terapeut-pacient:

- sunt habituale şi deci greu de identificat;
- sunt automate şi involuntare şi deci greu de controlat:
- au un caracter plauzibil (mai ales atunci când sunt însoţite de emoţii puternice) şi deci este greu să li se adreseze o provocare;
- se referă la o gamă largă de stimuli, incluzând chiar psihoterapia, iar tratamentul poate fi rejectat pentru că pacientul prevede eşecul acestuia.

Aceste gânduri negative în legătură cu psihoterapia trebuiesc identificate şi chestionate ca oricare alte gânduri negative. Gândurile negative reprezintă rezultatul unor erori în procesul de percepere şi interpretare a experienţelor vieţii. Aceste erori se referă la:

- *Suprageneralizare:* subiectul trage concluzii generale pornind de la situaţii particulare („tot ceea ce fac este greşit“);
- *Abstragere selectivă:* se acordă atenţie doar aspectelor negative ale vieţii („nu am avut nici o clipă plăcută astăzi“). Momentele agreabile nu au fost conştientizate;
- *Raţionamente dihotomice:* subiectul gândeşte în extreme („dacă nu fac acest lucru perfect, mai bine nu-l fac deloc“);
- *Personalizarea:* subiectul îşi asumă responsabilităţi pentru lucruri care nu au sau au de-a face în mică măsură cu persoana lui

(exemplu: dacă prietenul a trecut pe stradă fără să-l observe, din neatenţie, depresivul îşi spune: „probabil că am făcut ceva care l-a supărat");

- *Inferenţe arbitrare:* se trag concluzii pe baza unor raţionamente neadecvate (cineva care nu a reuşit să ducă la bun sfârşit prima temă pentru acasă poate trage concluzia: „acest gen de psihoterapie nu mi se potriveşte").

Identificarea gândurilor negative automate

Pacienţii învaţă să identifice aceste gânduri întâi împreună cu psihoterapeutul, iar apoi dezvoltă aceste capacităţi prin intermediul unor teme pentru acasă. Aceştia învaţă să:

- identifice emoţiile neplăcute;
- situaţiile în care acestea apar;
- să identifice gândurile automate asociate.

Modificarea dispoziţiei este un semnal că gândurile negative automate sunt prezente (este mai uşor ca la început pacientul să evalueze dispoziţia decât gândurile negative).

Pentru pacienţii care nu agreează evaluările numerice, pentru că au impresia că demersul terapeutic este prea mecanicist, se pot utiliza scale de evaluare calitativă (mă simt foarte rău, rău, aşa şi aşa, bine, foarte bine).

Gândurile automate negative nu se referă numai la cuvinte, ci şi la imagini, care trebuie descrise în detaliu.

Dificultăţi în identificarea gândurilor negative

1. Pacienţii evită să-şi înregistreze gândurile.

Depresia face ca la unii pacienţi să fie dificilă distanţarea de gândurile negative. Mai mult, concentrarea asupra gândurilor negative atâta timp cât subiectul nu este capabil să le controleze poate fi agresivă şi dureroasă. În astfel de cazuri este indicat să fie limitat timpul de concentrare asupra gândurilor negative pentru a realiza un oarecare control asupra acestora.

2. Subiectul nu identifică gândurile negative.

În aceste situaţii este bine să se adreseze întrebarea:

„Ce semnificaţie are situaţia respectivă pentru dv.?"

3. O eroare frecventă a terapeutului constă în a pune întrebări în legătură cu cauza unor stări afective negative (de ce?) şi nu cu *ce* gânduri îi

vin în minte subiectului. În aceste situaţii, el pierde ocazia să obţină o înregistrare a gândurilor negative.

Întrebarea corectă este: „Ce ţi-a trecut prin minte în momentul acesta?"

Testarea (verificarea) gândurilor negative automate

1. Adresarea unor întrebări cu caracter provocativ.
2. Experimentarea în sfera comportamentală.

1. Întrebările cu caracter provocativ au drept scop să-l înveţe pe subiect să-şi reevalueze modul de gândire pentru el însuşi. Acest obiectiv nu va fi atins dacă terapeutul face toată treaba singur, în locul pacientului. Cu alte cuvinte, trebuie să se urmărească extragerea unor alternative de la subiect şi *nu* oferirea unor alternative.

Întrebările uzuale sunt:

- Pe ce te bazezi când afirmi că lucrurile stau aşa?
- Ce puncte de vedere alternative pot fi găsite aici?
- Care sunt avantajele şi dezavantajele acestui mod de gândire?
- Ce erori de logică ai făcut?

Întrebări pentru a pune în evidenţă punctele de vedere alternative:

a) Ce ai fi gândit despre aceasta înainte de a fi deprimat?

b) Ce ar fi gândit cineva în care ai încredere despre aceasta?

c) Ce i-ai spune altei persoane care ar veni să-ţi ceară sfatul într-o problemă asemănătoare?

Întrebarea legată de avantajele şi dezavantajele modului negativ de a gândi se referă la acei pacienţi care consideră că gândurile cu caracter autocritic sunt folositoare şi constructive.

Întrebarea referitoare la „ce eroare logică fac" se referă la pacienţii care fac în mod frecvent aceeaşi greşeală, cum ar fi suprageneralizarea, abstracţia selectivă sau altele.

2. Experimentările în sfera comportamentală se referă la găsirea unor modalităţi mai eficiente de a reacţiona la o situaţie externă care nu poate fi ameliorată. Uneori subiectul are în interiorul său modalităţile eficiente de acţiune, dar acestea sunt blocate de modul negativ de gândire. De pildă, un pacient ştie cum să-şi exprime dezacordul, dar îşi inhibă reacţia prin gânduri de tipul: „Dacă îmi voi exprima dezacordul, ei nu mă vor agrea".

În alte cazuri, pacientul chiar nu ştie cum ar putea acţiona mai eficient. În astfel de cazuri el trebuie să-şi însuşească noi modele de comportament,

cum ar fi comportamentul asertiv, abilităţile sociale, rezolvarea de probleme sau deprinderi de studiu.

Etapele experimentării în sfera comportamentală:

1. Predicţia specifică va fi testată în practică (exemplu: „Îi voi spune soţiei mele ce rău mă simt şi ea se va supăra pe mine").

2. Trecerea în revistă a evidenţelor pro şi contra gândului respectiv.

3. Experimentarea practică pentru testarea validităţii ipotezei (predicţiei). Terapeutul şi pacientul trebuie să ştie foarte precis ce anume trebuie făcut. Mai mult, experimentarea trebuie astfel organizată pentru a maximiza şansele unui rezultat pozitiv (se poate repeta sub formă de role-playing ce anume va spune pacientul).

4. Notarea rezultatelor. Ca şi temele pentru acasă, experimentările în plan comportamental trebuie astfel conduse încât să nu se piardă nimic, cu alte cuvinte pacientul să câştige chiar în cazul în care situaţia nu a luat întorsătura pe care o doreşte el. În aceste cazuri, câştigul constă în a învăţa ceva. Dacă soţia nu s-a supărat, este cu atât mai bine. Dacă s-a supărat, se pot obţine noi informaţii:

- Ce nu este în regulă?
- A făcut pacientul ceva ce nu trebuia? etc.

Odată ce problema a fost definită, se elaborează planuri pentru a face faţă situaţiei mai bine data viitoare şi astfel rezultatele negative pot avea un caracter constructiv.

4. Concluziile. Este bine ca acestea să fie formulate sub forma unei reguli (exemplu: „nu face presupuneri în legătură cu modul în care se vor purta ceilalţi cu tine, mai bine verifică singur").

Dificultăţi care apar în provocarea gândurilor negative automate

1. Răspunsurile raţionale modifică emoţiile negative numai dacă pacientul crede în ele. Acesta este motivul pentru care ele trebuie extrase de la pacient şi nu furnizate de terapeut.

Provocarea prin întrebări a gândurilor negative este o abilitate care se obţine prin practică. Când răspunsurile alternative aparent valide nu conduc la reducerea depresiei sau a credinţei în gândurile negative iniţiale, este un semn că pacientul are rezerve în legătură cu validitatea lor. În acest caz, acestor afirmaţii de tipul „da, dar..." trebuie să li se răspundă.

2.Terapeutul se poate lăsa contaminat de modul de gândire al

pacientului. Terapeutul poate cădea în capcana de a considera că pacientul are dreptate să se simtă deprimat, mai ales atunci când circumstanţele existenţei sunt deosebit de dificile. Terapeutul trebuie să fie convins că schimbarea e posibilă pentru că nu toţi oamenii devin deprimaţi în situaţii dificile.

3. Provocarea este imposibilă.

Faptele nu pot fi provocate! Ceea ce terapeutul interpretează ca fiind o distorsionare de tip depresiv, uneori este o realitate obiectivă. În acelaşi timp, întrebărilor nu li se pot adresa alte întrebări cu caracter provocativ. În astfel de cazuri, terapeutul trebuie să transforme întrebarea în afirmaţie după modelul:

„Ce va fi dacă nu pot face faţă?" devine „Nu voi fi capabil să fac faţă".

Etapa nr. 4. Strategii preventive

Avantajul major pe care îl are psihoterapia (mai ales cea cognitiv-comportamentală) faţă de medicaţia antidepresivă este că reduce riscul de recădere. Aceasta se întâmplă pentru că subiectul îşi însuşeşte o serie de deprinderi de a face faţă depresiei, ceea ce îi scade vulnerabilitatea faţă de episoadele viitoare, pentru că aceste deprinderi zdruncină convingerile negative de bază pe care se fundamentează depresia.

Identificarea şi adresarea de provocări convingerilor negative

Odată ce pacientul şi-a însuşit abilitatea de a identifica gândurile negative automate, se poate trece la abordarea convingerilor negative.

Acestea au următoarele caracteristici:

1. Nu reflectă realitatea experenţială. De exemplu, convingerea „voi fi totdeauna puternic" ignoră vulnerabilitatea umană.Din acest punct de vedere, aceste convingeri sunt iraţionale.

2. Sunt rigide, suprageneralizate şi extreme, pentru că nu ţin seama de variaţia circumstanţelor.

3. Ele mai curând stopează decât facilitează atingerea unor scopuri, pentru că standardele perfecţioniste produc anxietate, care inhibă şi blochează performanţele.

4. Încălcarea (violarea) lor este asociată cu emoţii extreme şi excesive (depresie şi disperare), mai curând decât tristeţe şi regret.

5. Sunt relativ nemodificabile sub influenţa experienţelor obişnuite. Aceasta se întâmplă pentru că subiectul acţionează ca şi cum ele ar fi

adevărate şi datorită faptului că ele nu sunt explicit formulate, acţionând la nivel inconştient.

Abandonarea lor are pentru subiect riscuri inacceptabile. Astfel, de exemplu: „Dacă voi înceta să-i pun pe ceilalţi pe primul plan, nimeni nu o să mă mai placă".

Beck, Hollon, Young, Bedrosian şi Budenz (1985) au grupat convingerile disfuncţionale in funcţie de 3 domenii:

- Realizate (nivel înalt de performanţe, nevoie de succes);
- Acceptare (nevoia de a fi agreat, iubi);
- Control (nevoia de a controla evenimentele, nevoia de a fi puternic).

Beck, Epstein şi Harrison (1983) au grupat aceste convingeri şi în funcţie de o dimensiune supraordonată în:

- Sociotrofie – care pune accentul pe relaţiile interpersonale;
- Autonomie – care pune accentul pe independenţă şi libertatea alegerii.

Această clasificare poate ajuta demersul psihoterapeutic. Astfel, o persoană cu grad mare de autonomie va accepta cu dificultate sugestiile terapeutului şi va avea tendinţa să încheie în mod prematur psihoterapia pentru că este convinsă că se poate descurca şi singură. Dimpotrivă, o personalitate sociotropă poate avea dorinţa exagerată de a face pe plac terapeutului şi va avea dificultăţi să acţioneze independent între şedinţe.

Ambele modalităţi habituale de răspuns pot fi speculate în avantajul psihoterapiei:

- în primul caz, terapeutul pune accent pe aspectele de autoajutorare (self-help) ale tratamentului;
- în al doilea caz, dorinţa pacientului de a-i fi pe plac terapeutului poate fi utilizată pentru a-l mobiliza pe pacient înainte de a I se încuraja independenţa.

Identificarea convingerilor disfuncţionale este mai greu de realizat decât cea a gândurilor negative automate, pentru că ele reprezintă reguli generalizate care pot să nu fie niciodată formulate explicit. Ele trebuie mai curând extrase decât observate, utilizând următoarele surse de informaţii:

1. Tematica ce rezultă din timpul discuţiilor cu terapeutul. Exemplu: pacientul este preocupat să facă lucrurile foarte bine sau să nu fie rejectat.

2. Erorile de logică ce apar în cursul gândurilor negative automate pot fi identice şi la nivelul convingerilor. De exemplu, raţionamentul dihotomic:

a) gând negativ: „Dacă mai avem vreo dispută, eu plec".

b) convingere negativă: „Dacă nu poţi cădea de acord cu cineva, mai bine nu ai nici o relaţie cu nimeni".

3. Autoevaluarea globală: termeni ca „prost", „infantil", „slab" pe care îi foloseşte subiectul în raport cu el însuşi pot reflecta standarde care nu sunt vizibile la prima vedere. Evaluarea globală a celorlalţi poate îndeplini aceeaşi funcţie.

4. Amintiri, relatări ale familiei. Unii oameni au frecvent amintiri foarte vii din copilărie care pot furniza o informaţie intuitivă asupra credinţelor subiectului. De exemplu, o femeie avea convingerea că trebuie să răspundă permanent dorinţelor celorlalţi. Ea conserva amintirea vie a mamei sale, care pleca de acasă ameninţând-o că nu o va mai iubi dacă nu face ceea ce i s-a cerut.

5. Buna dispoziţie indică o convingere confirmată, iar proasta dispoziţie o regulă încălcată. Astfel, o persoană care consideră absolut necesar să fie agreată de toată lumea, va fi încântată dacă cineva o place (nu *doar* mulţumită).

Adresarea de întrebări provocative convingerilor negative

O dată identificate convingerile negative, disfuncţionale, se procedează la întrebări cu caracter provocativ şi la experimentări în sfera comportamentală pentru ca subiectul să îşi elaboreze *convingeri-reguli* mai moderate şi mai realiste.

Sunt utile întrebări de tipul următor:

• În ce mod această convingere are un caracter iraţional? Se potriveşte convingerea ta cu modul real în care funcţionează lumea?

De pildă, este iraţional să ceri ca viaţa să fie echitabilă, dacă remarci că faptele arată că acest lucru nu e posibil.

• În ce mod această convingere este nefolositoare?

Îi ajută ea pe pacienţi să obţină ceea ce vor de la viaţă, sau, dimpotrivă, îi blochează?

O strategie utilă într-o astfel de situaţie constă din realizarea unei liste cu avantajele şi dezavantajele menţinerii convingerii respective.

• De unde provine convingerea respectivă?

În psihoterapia cognitiv-comportamentală perspectiva istorică nu este uzuală. Cu toate acestea, în unele cazuri, înţelegerea modului cum s-a format convingerea disfuncţională îl ajută pe subiect să se distanţeze de ea. Ceea ce

pentru copil constituia o regulă, nu mai reprezintă acelaşi lucru pentru adult. De pildă, pacientul, în calitate de copil, putea să creadă că supravieţuirea sa depinde de blocarea oricărei contraziceri a mamei. În calitate de adult, el trebuie să dezvăluie toate consecinţele care rezultă din faptul de a-i contrazice pe ceilalţi, ajungând la concluzia că a face pe plac celorlalţi este rareori o problemă de viaţă şi de moarte.

• Care ar fi alternativa unei convingeri cu caracter mai moderat, care să aibă doar avantajele, nu şi dezavantajele convingerii disfuncţionale?

Convingerile disfuncţionale sunt formulate în termeni extremi, ca necesităţi absolute. Formularea unor alternative care să ţină seama şi de unele nuanţe de cenuşiu (nu numai de alb sau negru) ajută subiectul să facă faţă unor situaţii care până atunci conduceau la eşecuri şi, în consecinţă, la depresie. De exemplu, un pacient considera că a solicita ajutor este un semn de slăbiciune. Convingerea sa suna cam aşa: „Totdeauna trebuie să te descurci singur, indiferent cât de rău te simţi!“.

În timpul terapiei, el a fost ajutat să-şi construiască o convingere alternativă mai realistă: „Este bine să faci faţă problemelor tale în mod independent, dar nu este corect faţă de mine însumi să-mi pretind aşa ceva în toate situaţiile. Nu sunt decât un om şi am uneori nevoie de ajutor ca oricine“.

Alternativele la convingerile disfuncţionale pot fi notate pe cartele, pe care pacientul le citeşte de mai multe ori până cînd modul de a acţiona în acord cu acestea devine o a doua natură.

Ca şi în cazul gândurilor negative automate, provocările verbale adresate convingerilor disfuncţionale trebuie testate şi întărite prin modificări în plan comportamental.

Experimentările în plan comportamental trebuie repetate perioade mult mai lungi decât cele care se referă doar la gânduri negative automate şi într-o gamă mai largă de situaţii. Aceste experimentări pot îmbrăca o varietate largă de forme:

- strângerea de informaţii cu privire la regulile de viaţă, convingerile şi standardele celorlalţi (şi nu considerarea standardelor personale ca fiind universale);
- observarea modului în care se comportă alţii (poate fi un indicator al unor norme diferite de viaţă);
- acţiuni contrare convingerilor disfuncţionale şi observarea consecinţelor;
- testarea în practică a noilor reguli-convingeri.

Astfel, pacientul care credea că nu trebuie să solicite ajutor în nici o situaţie a fost învăţat să solicite respectivul ajutor la serviciu, acasă şi de la prieteni, chiar atunci când nu avea neapărat nevoie de acesta. El a decoperit că nu se întâmplă nici o catastrofă; în plus, relaţiile lui cu ceilalţi s-au îmbunătăţit, pentru că oamenii au realizat că el nu este invulnerabil şi l-au agreat mai mult aşa.

Eventualele recăderi în timpul psihoterapiei sunt utilizate ca posibilităţi pentru noi exerciţii practice, demonstrându-se faptul că cele învăţate pot fi utilizate pentru a controla recăderile depresive.

Pregătirea pentru viitor

La sfârşitul terapiei, mulţi pacienţi se tem de faptul că nu se vor descurca singuri. Aceste temeri sunt abordate în acelaşi mod ca şi alte gânduri negative. Este important ca pacienţii să fie încurajaţi să le exprime şi apoi să le testeze validitatea. Unui pacient i se pot da, ca teme pentru acasă, astfel de întrebări:

„Ce dovezi ai că psihoterapia a acţionat în cazul tău?"

„Ce ai învăţat de la aceste şedinţe de psihoterapie?"

„Cum poţi aplica cele învăţate pentru a deveni la sfârşitul tratamentului o persoană independentă şi încrezătoare în sine?"

„Presupunând că vor apărea probleme la un moment dat, care ar fi elementele care te-ar putea face să recazi?"

„Cum le-ai putea face faţă?"

„Cine te-ar putea ajuta la nevoie?"

„Ce motive te-ar putea face să te adresezi din nou terapeutului tău dacă eforturile tale cele mai intense nu dau rezultate?"

Dacă se întrevede un eveniment psihotraumatizant în viitor (de exemplu, decesul unui părinte sau faptul că un copil părăseşte familia), terapeutul şi pacientul pot elabora un plan de acţiune pentru o astfel de eventualitate.

De asemenea, este bine să se facă un fel de rezumat al tehnicilor de autoajutorare sub forma unui ghid de „prim ajutor", ghid care să conţină, pe de o parte, dificultăţile resimţite de pacient când a fost depresiv şi, pe de altă parte, tehnicile specifice care s-au dovedit utile în depăşirea situaţiilor respective. (De exemplu, planificarea zilei pentru a maximiza plăcerea şi eficienţa, a fi mai tolerant cu propria persoană etc.).

Ce se întâmplă dacă terapia cognitiv-comportamentală eşuează?

Un număr relativ redus de pacienţi depresivi nu răspund la terapia cognitiv-comportamentală (Blackburn şi Bishop, 1983, Fennell şi Teasdale, 1987). Din nefericire, este greu ca aceştia să fie identificaţi înainte de începerea tratamentului, deşi dificultăţile de a lucra cu ei se manifestă încă din primele şedinţe. În astfel de cazuri, terapia se încheie cu eleganţă, după 5-6 şedinţe, şi se recomandă alt tip de tratament.

În funcţie de factorii care produc rezistenţă la psihoterapia cognitiv-comportamentală, se poate recomanda:

- o psihoterapie de lungă durată (nu există nici un motiv pentru care terapia cognitiv-comportamentală să nu poată fi extinsă);
- psihoterapie de familie (dacă factorii care menţin simptomul sunt de natură interpersonală);
- tratament psihiatric cu sau *fără* tehnici cognitiv-comportamentale.

XVII. Psihoterapia cognitiv-comportamentală în tulburările de personalitate

Tulburările de personalitate

Putem vorbi despre tulburări ale personalității doar atunci când trăsăturile acesteia sunt caracterizate prin rigiditate, dezadaptabilitate şi stau fie la baza unei alterări a comportamentului, fie a unei suferințe subiective.

Tulburarea personalității va fi diagnosticată în urma analizei comportamentelor recente, precum şi a celor din trecutul pacientului.

Pentru a diagnostica o tulburare a personalității trebuie evidențiate unele trăsături convergente care să determine o alterare semnificativă în sfera relațiilor sociale şi profesionale de care subiectul în cauză poate fi sau nu conştient.

Definiții date tulburărilor de personalitate

Schneider (1923) subliniază faptul că subiecții cu tulburări ale personalității se consumă din cauza caracterului lor anormal şi-i fac să sufere în consecință şi pe alți membri ai societății.

Tyrer (1988), la rândul său, este de părere că tulburarea de personalitate reprezintă o anomalie persistentă a funcționării personale şi sociale, independentă de integritatea mentală.

Conform definiției Organizatiei Mondiale a Sănătății (O.M.S., 1993):

„Tulburările personalității reprezintă modele de comportament stabile şi profund înrădăcinate în structura psihică a persoanei, care se manifestă ca nişte răspunsuri rigide declanşate într-o serie de situatii sociale şi personale. Acestea constituie deviații extreme şi importante de la modul în care un individ mediu din cadrul unei culturi date percepe, simte, gândeşte şi stabileşte relații cu ceilalți. Respectivul model tinde să fie stabil şi să includă numeroase situații care implică funcționarea psihologică şi comportamentală".

Tulburările de personalitate sunt frecvent, dar nu totdeauna, asociate cu diverse grade de disconfort subiectiv şi cu probleme în ceea ce priveşte funcționarea socială a individului.

Conform Manualului Diagnostic şi Statistic al Tulburărilor Mentale elaborat de Asociaţia Psihiatrilor Americani (D.S.M. IV A.P.A., 1994), tulburările de personalitate reprezintă modele durabile de percepţie, relaţionare şi gândire în raport cu propria persoană şi cu mediul înconjurător, care se manifestă în contexte sociale şi personale extrem de variate.

Doar atunci când trăsăturile personalităţii sunt rigide şi dezadaptative şi cauzează o alterare în funcţionarea individului sau o suferinţă subiectivă importantă, putem vorbi de tulburări de personalitate.

Criteriile generale ale tulburărilor de personalitate (după D.S.M. IV, A.P.A., 1994):

Criteriul A: „Trăsăturile de personalitate reprezintă o deviaţie importantă faţă de ceea ce normele culturii căreia îi aparţine individul aşteaptă de la acesta, ele manifestându-se în cel puţin două din următoarele patru domenii: cogniţie, afectivitate, relaţii interpersonale şi controlul impulsurilor.

Criteriul B: Trăsăturile de prsonalitate trebuie să fie rigide şi să se manifeste în diverse situaţii.

Criteriul C: Acestea conduc la perturbări în domeniul relaţiilor sociale şi profesionale.

Criteriul D: Modelul de comportament este stabil şi poate fi identificat încă din adolescenţă sau în pragul vârstei adulte.

Criteriul E: Trăsăturile nu rezultă în urma unei afectiuni psihiatrice.

Criteriul F: Acestea nu sunt secundare unei dependenţe sau unui abuz de substanţe psihotrope ori unei afecţiuni somatice.

Tulburările de personalitate au prevalenţă mai mare în rândul bărbaţilor tineri din mediul urban.

Studiile au demonstrat, de asemenea, şi faptul că tulburările de personalitate se asociază frecvent între ele, după cum există şi asocieri între acestea şi alcoolism, tulburări anxioase sau tentative de suicid.

Tulburarea de personalitate „borderline“ se asociază frecvent cu tulburarea histrionică sau narcisică, cu alcoolismul, toxicomania, tabagismul, fobiile, tentativele de suicid şi chiar cu schizofrenia.

Printre deţinuţii de drept comun găsim aproximativ 20 până la 70% personalităţi antisociale. Trebuie subliniat însă faptul că doar personalitatea antisocială a fost asociată în mod evident cu factori de natură genetică (Tyrer şi Stein, 1993).

Clasificarea tulburărilor personalităţii

Cele mai interesante sub aspect clinic sunt clasificările tulburărilor de personalitate elaborate de Kurt Schneider şi cele cuprinse în D.S.M. IV (1994), precum şi în I.C.D.-10 (O.M.S., 1992).

Aşa cum am mai precizat, Schneider (1923) considera drept personalităţi anormale sau psihopate acei subiecţi care suferă din cauza caracterului lor anormal şi „fac să sufere şi societatea". Autorul a propus prima tipologie modernă elaborată pe baza observaţiei clinice.

Schneider era de părere că psihopatiile nu sunt boli psihice în adevăratul sens al cuvântului, acestea reprezentând doar devieri de la structura personalităţii normale, aceasta fiind raportată la normele şi valorile medii ale colectivităţii din care face parte subiectul.

Prezentăm in continuare clasificarea personalitătilor psihopatice realizată de Kurt Schneider (după Cottraux şi Blackburn, *1995, p. 36)*.

Psihopaţi	*Caracteristici principale*
1. Hipertimici	Bună dispoziţie exagerată; hipomanie
2. Depresivi	Dispoziţie tristă; distimie
3. Îngrijoraţi (senzitivi sau obsesionali)	Sentimente de inferioritate
4. Fanatici (paranoizi)	Valorizarea exagerată a propriei persoane, a propriilor idei, agresivitate, egocentrism sau integrare în comunităţi marginalizate (secte, grupări teroriste)
5. Narcisici	Nevoia exagerată de a face o impresie bună, asociată cu o insuficienţă autopercepută
6. Instabili	Comportamente antisociale
7. Explozivi	Violenţă; crize de furie
8. Apatici	Lipsă de afectivitate, amoralitate, retragere socială, schizoidie
9. Abulici	Lipsa voinţei, influenţabilitate
10. Astenici	Anxietate, ipohondrie, depresie, neurastenie

Domeniile clinice pe baza cărora pot fi apreciate tulburările personalităţii (după Milton, 1990)

Acţiuni (acte) expresive	Comportament observabil
Conduite interpersonale	Modul de relaţionare cu ceilalţi
Stil cognitiv	Percepţia, prelucrarea şi comunicarea informaţiilor
Mecanisme reglatorii	Modalităţi interne conştiente sau inconştiente de autoreglare rezultate în urma unor experienţe timpurii
Dispoziţie/temperament	Emoţii
Imagine de sine	Modalitatea în care persoana se percepe pe sine

Reprezentările obiectuale	Reminiscenţe structurale ale amintirilor, atitudinilor şi imaginilor reminiscente care determină modul în care subiectul percepe şi reacţionează la experienţele vieţii curente
Organizarea strategiilor de a face faţă solicitărilor	Mecanisme psihologice de apărare şi adaptare

Grila prezentată mai sus cuprinde opt domenii pe baza cărora se pot determina tipurile de personalitate şi explică modul de interpretare a axei II a manualului D.S.M. IV.

Menţionăm faptul că respectivul manual este structurat pe mai multe axe:

Axa I – sindroame;

Axa II – tipuri de personalitate;

Axa III – boli psihice;

Axa IV – probleme legate de stres;

Axa V – probleme de adaptare

Prezentăm în continuare cele 10 tipuri de tulburări ale personalităţii după D.S.M. IV (A.P.A., 1994).

Grupa A: personalităţi excentrice şi bizare

Personalitatea paranoidă: se caracterizează prin tendinţa generalizată şi nejustificată, care se manifestă în diverse contexte, de a interpreta acţiunile altor persoane ca fiind orientate în mod deliberat pentru a-l umili sau ameninţa pe cel în cauză.

Personalitatea schizoidă: se remarcă prin detaşare exagerată de interacţiunile sociale şi printr-o limitare a experienţelor şi a exprimării afectivităţii.

Personalitatea schizotipală: implică o inadecvare în relaţiile interpersonale, distorsionări cognitive şi perceptive, precum şi un comportament excentric.

Grupa B: personalităţi emoţionale şi dramatice

Personalitatea antisocială: se caracterizează prin dispreţul şi încălcarea drepturilor celorlalţi, acte delictuale, sadice, violente, iritabilitate şi agresivitate, trăsături care se manifestă adesea înainte de vârsta de 15 ani.

Personalitatea „borderline“ (sau marginală): se manifestă printr-o instabilitate a dispoziţiei, a relaţiilor interpersonale, fluctuaţii la nivelul imaginii de sine şi stări afective cu caracter impulsiv.

Personalitatea histrionică: se mai numeşte şi personalitate teatrală sau isterică şi se caracterizează prin reacţii emoţionale exagerate şi prin încercări permanente de a atrage atenţia celor din jur.

Personalitatea narcisică: subiectul are o nevoie patologică de admiraţie de la ceilalţi şi este lipsit de calităţi empatice.

Grupa C: personalități anxioase și ineficiente

Personalitatea evitantă: implică inhibiție socială, sentimente de inferioritate, precum și o sensibilitate exagerată la evaluările negative ale celorlalți.

Personalitatea dependentă: se caracterizează prin tendința exagerată a subiectului de a se agăța de ceilalți, însoțită de supunere și de o nevoie excesivă de a fi protejat de ceilalți.

Personalitatea obsesiv-compulsivă: se caracterizează printr-un stil de conduită perfecționist, rigiditate, dependență exagerată de reguli și valori cu caracter strict. Relațiile interpersonale sunt dominate de răceală afectivă.

Tulburări de personalitate non-specifice

Acestea cuprind trăsături aparținând mai multor tipuri de personalități descrise mai sus, fără a fi însă suficiente pentru a permite diagnosticarea unui anume tip de tulburare de personalitate. Cu toate acestea, indivizii aparținând acestei categorii au probleme de adaptare socială și prezintă trăiri subiective cu conținut negativ.

În această categorie includem:

Personalitatea depresivă: este definită ca o structură difuză de cogniții și comportamente depresive, care se manifestă în afara unui episod depresiv major și nu poate fi explicată prin intermediul unei tulburări distimice. Există numeroase argumente clinice în favoarea acestui model de personalitate. Astfel, Akiskal (1995) este de părere că trebuie să avem în vedere trei tipuri temperamentale: ciclotimic, hipertimic (maniacal) și depresiv. Autorul subliniază faptul că, adesea, subiecții aparținând celei de-a treia categorii sunt diagnosticați eronat ca fiind narcisici, pasiv-agresivi sau ineficienți.

Personalitatea pasiv-agresivă sau negativistă

Această tulburare de personalitate figurează în cadrul manualului D.S.M. III R (1987), dar a fost invalidată de studiile care au stat la baza alcătuirii manualului D.S.M. IV (A.P.A., 1994). Cu toate acestea, experiența clinică evidențiază subiecți la care predomină trăsăturile specifice acestei categorii.

Subiecții din cadrul acestui grup manifestă permanent o rezistentă pasivă la orice solicitare socială sau profesională, fiind opoziționiști, negativiști și sabotori mascați. Acest model funcționează în afara episoadelor depresive majore și nu poate fi explicat prin intermediul unei tulburări distimice.

Personalitatea sadică și personalitatea înclinată spre eșec

Și aceste tulburări de personalitate au fost eliminate din cadrul manualului D.S.M. IV (A.P.A., 1994).

Clasificarea tulburărilor de personalitate după I.C.D. 10 (Clasificarea Internațională a maladiilor, O.M.S., 1992)

Această clasificare se remarcă prin absenţa tulburărilor de personalitate schizotipală şi narcisică şi includerea tulburării de personalitate impulsivă, caracterizată prin incapacitatea individului de a-şi controla mânia, de a gândi şi a planifica înainte de a acţiona, printr-o dispoziţie imprevizibilă şi prin comportamente conflictogene.

Grupele de tulburăriale personalităţii după D.S.M. IV	Tipuri de personalitate după D.S.M. IV(1994)	Tipuri de personalitate după I.C.D. 10 (1992)
Excentrice şi bizare	Paranoidă Schizoidă Schizotipală	Paranoidă Schizoidă
Dramatice şiemoţionale	Antisocială (marginală) Histrionică Narcisică	Disocială Labilă „borderline" Labilă impulsivă Histrionică
Anxioase şi ineficiente	Evitantă Dependentă Obsesiv-compulsivă	Anxioasă (evitantă) Dependentă Anancastă Alte tulburări de personalitate
Tulburări de personalitate non-specifice sau mixte		Tulburări mixte
Categorii insuficient delimitate	Personalitatea depresivă Negativistă (pasivagresivă)	Tulburări non-specifice

Cottraux şi Blackburn (1995, p. 40) prezintă un tabel comparativ al tulburărilor personalităţii după D.S.M. IV şi I.C.D. 10.

Manualul D.S.M. IV (1994) conţine şi o categorie adiţională de structuri de personalitate denumită personalităţi sau stiluri adaptative care afectează starea sănătăţii persoanei. Este vorba de tipurile de personalitate A, B şi C, precum şi de alte structuri posibile.

Tipurile A şi B au fost descrise de Friedman şi Rosenman (1959); persoanele aparţinând acestor tipuri sunt predispuse riscului de afecţiuni coronariene dacă se adaugă fumatul, consumul excesiv de grăsimi animale, absenţa activităţii fizice şi alimentaţia hipercalorică.

Aceste tipuri de personalitate reprezintă modalităţi de a reacţiona la stres. Tipul A caracterizează indivizii luptători cu maxilarele şi musculatura încordate, ostili faţă de cei din jur, nerăbdători, cu tonul vocii dur şi imperativ, cu ritmul vorbirii si mişcărilor accelerat. Subiecţii sunt agresivi, cinici, rareori anxioşi pentru

că, datorită stilului lor perfecţionist, reuşesc să ţină sub control stresul şi anxietatea.

Unele studii au confirmat legătura dintre acest tip de personalitate şi bolile cardiovasculare, altele au infirmat-o (Cottraux şi Blackburn, 1995, p. 41).

Observaţiile clinice au evidenţiat faptul că tipurile de personalitate A şi B se găsesc la extremele unei curbe care reprezintă o distribuţie normală, la unul dintre capete găsindu-se subiecţii angajaţi într-o luptă permanentă de a obţine anumite lucruri (avantaje materiale, poziţii sociale) – personalităţile de tip A – iar la celălalt capăt subiecţii relaxaţi, senini, care nu se află sub presiunea permanentă a timpului şi la care reacţiile la situaţiile incontrolabile sunt minimale (personalităţile de tip B).

Numeroase studii au evidenţiat existenţa unui alt tip de personalitate, predispus la cancer (tipul C), care se situează undeva între celelalte două – A şi B. Studiile efectuate de psihologi asupra persoanelor suferinde de cancer au evidenţiat următoarele particularităţi psihice: depresie, trăirea unor stări de disperare şi neputinţă, suporturi sociale slabe sau pierderea acestora, emotivitate cu conţinut negativ slabă şi absenţa capacităţii de a-şi exprima emoţiile.

Elementul central şi specific pentru acest tip de personalitate îl reprezintă incapacitatea subiectului de a-şi exprima furia şi sentimentele negative. Persoana nu manifestă decât sentimente pozitive, optimiste sau indiferente faţă de ceilalţi şi faţă de lume în general, acest mod de a fi având la bază o depresie mascată care poate contribui la alterarea sistemului imunologic al organismului şi la instalarea bolii canceroase.

Trebuie subliniat însă faptul că această maladie are o cauzalitate mai complexă, iar studiile care susţin teoria respectivă nu sunt încă suficient de concludente (Contrada et al., in Pervin, 1990).

Teorii cognitive ale tulburărilor de personalitate

Blackburn şi Cottraux (1995) realizează o trecere în revistă a principalelor modele cognitive care stau la baza explicării tulburărilor de personalitate.

1. Modelul lui Beck (Beck, Freeman et al., 1990) reprezintă un model pragmatic, bazat pe studii clinice (Beck et al., 1979).

Pornind de la conceptele analizei sinelui abordate în lucrările lui Adler şi Karen Horney, autorii au ajuns la concluzia că structurile cognitive fundamentale ale individului nu sunt total inaccesibile conştiinţei pacientului, rolul terapeutului constând în a-l învăţa pe acesta să identifice gândurile, afectele şi comportamentele pe care le generează şi, în cele din urmă, să modifice cogniţiile disfuncţionale care conduc la comportamente dezadaptative.

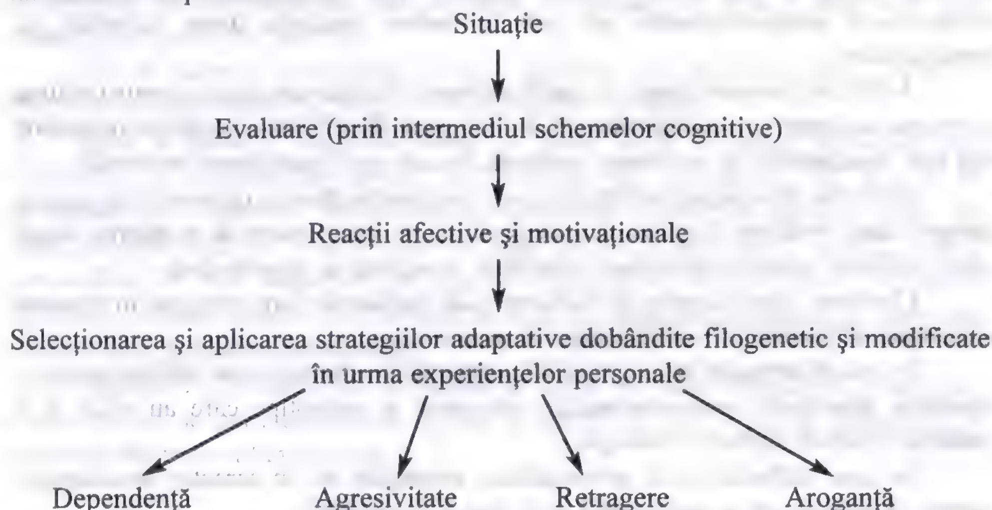
Teoria lui Beck are la bază un punct de vedere evoluţionist şi genetic asupra personalităţii, aceasta postulând faptul că tipurile de personalitate reprezintă strategii adaptative, selecţionate în decursul evoluţiei individului, pentru a asigura supravieţuirea şi reproducerea speciei.

Variante ale acestor strategii pot fi observate, într-o formă extremă, în cadrul sindroamelor anxioase sau depresive, dar şi la nivelul tulburărilor de personalitate.

Maniera în care este evaluată o situaţie sub aspectul procesării informaţiei şi al reacţiilor afective determină activarea strategiilor ereditare sau dobândite, care pot avea un caracter adaptativ sau dezadaptativ.

Cu alte cuvinte, evaluarea unei situaţii depinde, conform teoriei cognitiviste, de prezenţa unor constructe mentale relativ stabile, denumite scheme cognitive.

Această abordare poate fi reprezentată în cadrul schemei cognitive a tulburărilor de personalitate:



Schema tulburărilor de personalitate ca strategii ereditare şi învăţate (Beck, apud Cottraux şi Blackburn, 1995, p. 50)

Trăsăturile de personalitate reprezintă, conform acestei teorii, expresiile vizibile ale unor constructe sau scheme cognitive.

În cazul tulburărilor de personalitate, schemele disfuncţionale şi strategiile dezadaptative determină vulnerabilitatea individului la o gamă largă de stimuli şi situaţii. Astfel, o personalitate dependentă va fi vulnerabilă la pierderea afecţiunii şi suportului din partea celorlalţi, o personalitate narcisică va fi vulnerabilă la situaţiile care conduc la diminuarea autostimei, în timp ce o personalitate evitantă se va simţi traumatizată în toate situaţiile sociale sau profesionale în care i se cere să se afirme sau să ia decizii.

Beck şi colaboratorii (1979) sunt de părere că emoţiile, atitudinile şi comportamentele specifice personalităţilor normale şi patologice pot fi explicate mai bine dacă avem în vedere punctul de vedere susţinut de etologi.

Comportamentul animal este în cea mai mare parte programat, fiind determinat de interacţiunea structurilor genetice cu experienţa individuală.

Evoluţia a condus la selecţia naturală a acestor comportamente programate care s-au dovedit a avea un caracter adaptativ superior.

Se poate presupune că şi în cazul fiinţelor umane funcţionează programe de lungă durată care au la bază procese cognitive afective şi motivaţionale, respectiv modul de a evalua situaţiile, modul de a simţi şi de a acţiona.

Aceste procese automate au evoluat de-a lungul timpului pentru a asigura supravieţuirea şi reproducerea speciei.

În acelaşi timp, anumite strategii care au fost adaptate unor perioade primitive nu mai sunt valabile pentru societatea modernă, iar punerea lor în acţiune declanşează comportamente pe care le putem cataloga drept tulburări de personalitate.

Astfel de comportamente creează probleme fiindcă sunt nocive pentru individ şi pentru societate (un comportament de atac poate fi util într-o societate primitivă, dar este inacceptabil în societatea modernă, în care va fi considerat antisocial).

Modelele de comportament care şi-au avut rostul de-a lungul evoluţiei speciei umane: atac, rivalitate, fugă din faţa pericolului etc. devin surse de probleme atunci când individul adoptă o atitudine inflexibilă, exagerată şi necontrolată.

Conform acestei concepţii, tulburarea sau disfuncţia sunt apreciate în termenii excesului, inflexibilităţii şi frecvenţei de manifestare.

În opinia terapeuţilor cognitivişti, termenul de strategie este utilizat pentru a desemna structurile comportamentale complexe şi stereotipe care au rolul de a satisface anumite trebuinţe biologice.

În cazul tulburărilor de personalitate, strategiile au un caracter dezadaptativ pentru că acţionează în detrimentul individului şi societăţii.

Beck şi colaboratorii (1990) descriu principalele strategii comportamentale asociate tulburărilor de personalitate după D.S.M. IV (1994), precum şi schemele cognitive care stau la baza acestora.

Tabelul tulburărilor personalităţii,
strategiilor comportamentale şi schemelor cognitive
(Beck et al., 1990, apud Cottraux şi Blackburn,1995, p. 52)

Tulburarea personalităţii	*Strategie*	*Schemă cognitivă*
Paranoidă	A fi permanent în gardă	Toţi oamenii sunt adversari potenţiali.
Schizoidă	Izolare	Am nevoie de mult spaţiu personal.
Schizotipală	Comportament excentric	Lucrurile nu sunt ceea ce par să fie.
Antisocială	Atac	Ceilalţi se află aici pentru ca eu să profit de ei.
„Borderline“	Impulsivitate	Nu pot să mă controlez.
Histrionică	Comportament teatralist	Trebuie neapărat să fac impresie.
Narcisică	Inflaţia ego-ului	Sunt o persoană excepţională.

Evitantă	Evitare	Ceilalţi ar putea să mă lovească.
Dependentă	Ataşament	Nu pot să fac nimic de unul singur.
Obsesiv-compulsivă	Perfecţionism	Orice greşeală reprezintă o catastrofă.

Personalitătile schizotipală şi „borderline" nu sunt incluse în tabelul iniţial al lui Beck şi colab. (1990), aceştia considerând că pacienţii „borderline" utilizează strategii şi scheme comune mai multor tulburări de personalitate, în timp ce schizotipalii se caracterizează mai ales prin comportament bizar şi mai puţin prin prezenţa unor scheme cognitive.

Un alt element caracteristic teoriei cognitive a lui Beck şi colab. (1990) se referă la influenţa mediului asupra comportamentului uman.

Este, în general, acceptată ideea că există unele elemente înnăscute care acţionează ca predispoziţii pentru comportamentele viitoare şi care pot să fie accentuate sau diminuate sub influenţa experienţelor trăite în decursul vieţii. De pildă, un copil sensibil va reacţiona mai puternic decât fraţii săi la situaţii curente cum ar fi să fie lăsat singur, să i se reprime dorinţele sau să fie tachinat. Acesta va dezvolta o schemă cognitivă referitoare la sine ca o persoană nedemnă de afecţiune, precum şi un comportament evitant.

Schemele disfuncţionale elaborate de copil pe baza interacţiunii ereditate-mediu pot să se permanentizeze sau să se modifice sub influenţa experienţelor personale trăite de-a lungul vieţii.

Tulburările de personalitate şi convingerile disfuncţionale

Schemele cognitive

Rolul atitudinilor şi convingerilor disfuncţionale la subiecţii cu tulburări emoţionale a fost evidenţiat mai ales în cadrul studiilor asupra depresiei (Beck, 1967, Blackburn şi Cottraux, 1988*)* şi anxietăţii (Beck şi colab., 1985*)*.

În cazul tulburărilor personalităţii acţionează alte tipuri de scheme cognitive, comparativ cu cele care stau la baza tulburărilor emoţionale.

Schemele cognitive reprezintă structuri cognitive profunde care înmagazinează cunoştinţele şi experienţa individului într-un anumit domeniu şi sunt determinate genetic.

Acestea se referă la ceea ce ştie individul despre sine însuşi, despre ceilalţi şi despre lume în general.

Schemele cognitive pot avea un conţinut general sau restrâns, pot fi flexibile sau rigide, active sau latente.

Beck utilizează termenul de schemă într-un sens foarte larg, pentru a desemna atitudini şi credinţe fundamentale, postulate şi reguli generale de conduită.

Schemele cognitive se pot referi la aspecte legate de propria persoană, de familie, cultură, religie, sex, roluri, profesie etc.

Disfuncţionalitatea schemelor derivă, aşa cum am mai subliniat, din caracterul lor rigid, exclusivist şi absolutist.

Cognitiviştii disting două tipuri de credinţe şi supoziţii, pe care Beck pare să nu le diferenţieze suficient de clar (Cottraux şi Blackburn, 1995):

- Convingeri condiţionale, exprimate sub forma „dacă, atunci" („Dacă nu mă voi strădui permanent să le fac pe plac celorlalţi, ei nu mă vor iubi.")
- Convingeri necondiţionale, care sunt riguros definite şi seamănă cu nişte imperative categorice („Nu sunt suficient de bun pentru a fi iubit.")

Convingerile necondiţionale reprezintă credinţe cu caracter central şi stau la baza unui ansamblu complex de scheme cognitive, care au un caracter mai stabil decât cele care se întâlnesc în cazul tulburărilor emoţionale.

Ele fac parte din structura obişnuită a subiectului şi pot fi activate cu uşurinţă de diverse situaţii specifice vieţii cotidiene.

Constelaţiile de scheme cognitive

Reprezintă grupări de scheme care orientează subiectul într-o anumită direcţie, în detrimentul alteia, determinându-l pe acesta să recurgă la opţiuni nefavorabile şi ilogice.

Schemele cognitive prezintă următoarele funcţii (după Cottraux şi Blackburn, 1995, p. 55):

- funcţia de cunoaştere: abstracţie, interpretare, evocare, memorie semantică şi episodică;
- funcţia afectivă: generarea unor reacţii emoţionale;
- funcţia motivaţională: declanşează trebuinţele;
- funcţia instrumentală: pregăteşte acţiunea;
- funcţia evaluativă: autoevaluarea, inhibare sau direcţionare a acţiunii.

Activarea constantă, datorată unor evenimente de viaţă care se repetă, va confirma validitatea schemelor cognitive, conducând la un mod rigid de manifestare a personalităţii.

Aceste moduri pot să fie: narcisic, ostil, depresiv, dependent, temător, bazat pe supraevaluarea ego-ului sau teatral.

Modurile de comportament reprezintă o modalitate de adaptare la realitate care este valabilă într-o anumită perioadă a existenţei, dar dacă persistă, devine dezadaptativă. Astfel, a depinde de ceilalţi poate reprezenta un comportament adecvat pentru un copil, dar nu şi pentru un adult.

În cazul în care adultul va continua să pună în practică această strategie într-o manieră persistentă şi rigidă („Sunt o persoană slabă, sunt ca un copil şi am tot

timpul nevoie de protecţie"), se va constitui scenariul de viaţă al unei personalităţi dependente.

Spre deosebire de tulburările dispoziţiei, schemele cognitive care stau la baza tulburărilor personalităţii au un caracter generalizat (se aplică la un număr mult mai mare de situaţii), permanent (sunt active aproape tot timpul), rigid (pacientul nu se îndoieşte nici un moment de validitatea lor) şi impenetrabil la contraargumentare.

De asemenea, schemele cognitive au aproape totdeauna un conţinut negativ, indiferent de tulburarea de personalitate pe care o prezintă pacientul.

Ceea ce diferenţiază tulburările personalităţii una de alta sunt strategiile cognitive, emoţionale şi comportamentale adoptate de pacient pentru a face faţă schemei sale.

Schemele cognitive specifice tulburărilor de personalitate sunt mult mai dificil de modificat decât cele din cazul tulburărilor emoţionale, deoarece sunt rigide, generalizate şi se formează foarte timpuriu, în copilărie, pe baza interacţiunii traumatizante cu părinţii sau cu alte persoane adulte, ele reflectând imaginea de sine a subiectului, opinia despre ceilalţi şi despre lume în general.

În cadrul psihoterapiei cognitive este importantă nu numai identificarea credinţelor şi supoziţiilor disfuncţionale, ci şi a comportamentului persoanei: ce face aceasta, cum solicită ajutor şi cum îşi controlează trebuinţele şi interacţiunile cu cei din jur.

Beck şi colaboratorii (1990) (apud Cottraux şi Blackburn, 1995) disting două forme de control:

- controlul intern, care implică autoevaluare, supoziţii şi predicţii legate de propria persoană;
- controlul extern, care guvernează interacţiunile sociale.

Un subiect cu tulburare de personalitate dependentă îşi va închipui că ceilalţi nu doresc să-l ajute („lor nu le pasă de mine"; „ei mă consideră slab şi neajutorat"; „dacă le cer din nou să mă ajute, se vor sătura de mine") -.control intern – şi va deveni tot mai închis în sine şi prost dispus – control extern.

Beck, Freeman şi colaboratorii (1990), reluând studiile lui Karen Horney (1950), definesc tulburările personalităţii în termenii unor strategii interpersonale care au un caracter disfuncţional pentru că generează:

- probleme care îl fac să sufere pe individul în cauză (ca în cazul personalităţii dependente);
- dificultăţi în relaţiile cu ceilalţi sau cu societatea în general (personalitatea antisocială).

Aceste strategii interpersonale pot reprezenta comportamente supradezvoltate sau, dimpotrivă, subdezvoltate.

Grupa de tulburări alepersonalității	Tulburarea personalității
Grupa A Personalități excentrice și bizare	Paranoidă
	Schizoidă
	Schizotipală
Grupa B Personalități dramatice, emoționale și dezorganizate	Antisocială
	„Borderline"
	Histrionică
	Narcisică
Grupa C Personalități anxioase și ineficiente	Evitantă
	Dependentă
	Obsesiv-compulsivă

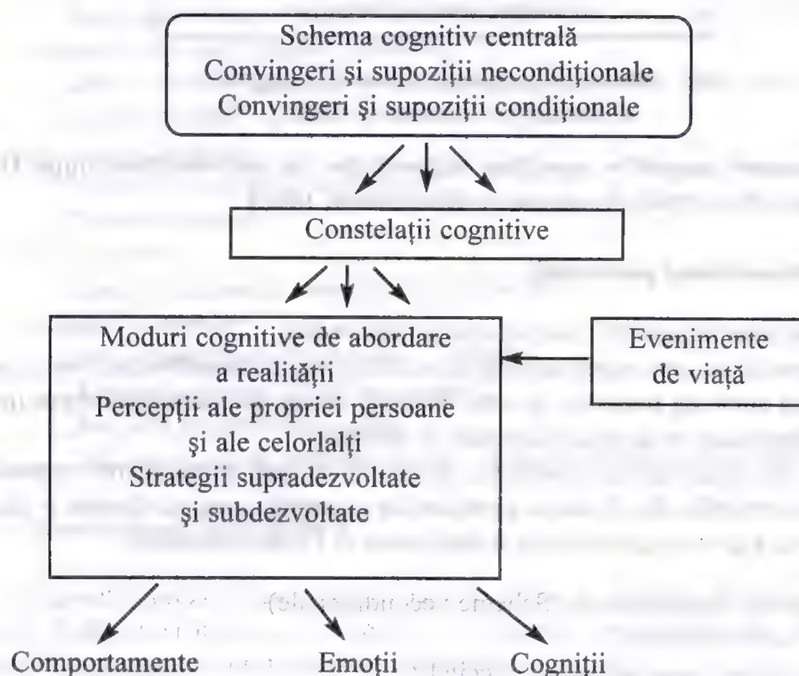
Strategiile interpersonale supradezvoltate și subdezvoltate în cazul tulburărilor de personalitate (Beck et al, 1990, modificat de Cottraux și Blackburn, 1995, p. 59)

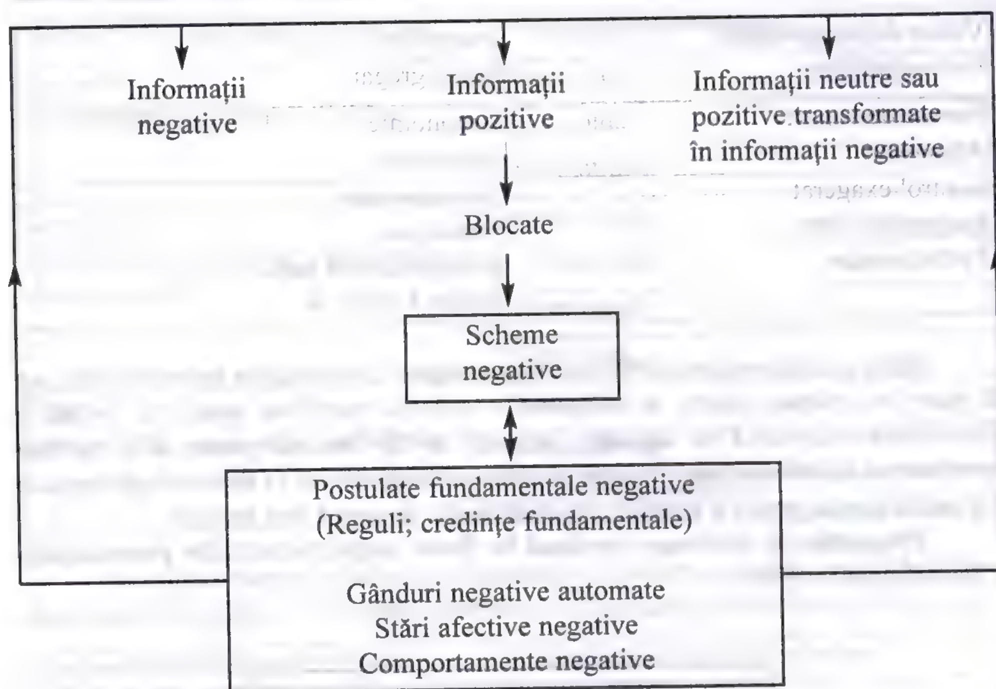
Comportamente supradezvoltate	Comportamente subdezvoltate
Hipervigilență Neîncredere Suspiciune	Seninătate Încredere Acceptare
Autonomie Izolare	Intimitate Reciprocitate
Evitare socială Comportament excentric Gândire magică	Conformism Gândire logică Bunăvoință
Agresivitate Exploatare Atacare	Empatie Reciprocitate Sensibilitate
Hiperreactivitate emoțională Impulsivitate	Autocontrol Atașamente durabile
Exhibiționism Impulsivitate Expresivitate	Controlul impulsurilor Organizare Comportament ponderat
Inflația ego-ului Competitivitate	Împărțirea bunurilor Identificare cu grupul
Vulnerabilitate socială EvitareInhibiție	Asertivitate Spirit gregar

Vulnerabilitate socială EvitareInhibiţie	Asertivitate Spirit gregar
Nevoie de suport Ataşament	Autonomie Mobilitate
Control exagerat Responsabilitate Perfecţionism	Spontaneitate Frivolitate Comportament ludic Căldură afectivă

Beck şi colaboratorii (1990) subliniază faptul că strategiile interpersonale pot fi puse în aplicare pentru a compensa o schemă cognitivă negativă. Astfel, o personalitate narcisică va dezvolta strategii de tip narcisic pentru a-şi reprima sentimentul de inferioritate, în timp ce obsesiv-compulsivul va dezvolta strategii de tip perfecţionist pentru a combate regimul haotic în care a fost crescut.

Prezentăm în continuare modelul lui Beck asupra tulburărilor personalităţii (Beck şi colab., 1990).





Modul de acţiune a schemelor cognitive (Cottraux şi Blackburn, 1995, p. 61)

Schemele cognitive specifice tulburărilor de personalitate după D.S.M. IV (A.P.A. 1994) (Cottraux şi Blackburn, 1995)

Personalitatea paranoidă

Este caracterizată prin suspiciune şi neîncredere.

Subiecţii se simt în permanenţă prost trataţi, nu au încredere în ceilalţi, pe care îi consideră surse de pericole, se simt insultaţi, atacaţi şi etichetează drept lipsă de loialitate fapte care n-au nici o legătură cu aceasta.

Există circumstanţe (conflicte, războaie) în care neîncrederea reprezintă o atitudine dezirabilă, dar în cazul persoanelor paranoide, aceasta devine o strategie permanentă, rigidă şi globală care o determină să fie dezadaptativă.

Credinţe fundamentale (Scheme necondiţionale)

Sunt vulnerabil.

Nu poţi avea încredere în ceilalţi.

Atitudini de bază (Scheme condiţionale)

Dacă nu sunt suspicios, ceilalţi mă vor exploata.

Dacă oamenii par amabili, înseamnă că doresc să mă păcălească.

Inferențe (Autocontrol)

Să nu ai niciodată încredere în nimeni.

Caută totdeauna motivele ascunse.

Stări afective

Mânie; anxietate.

Gânduri automate

„Ei încearcă să mă umilească".

„Ei cred că doresc să le fac confidențe pentru a profita de pe urma mea".

„Acest coleg este prea amabil; înseamnă că ascunde ceva".

Personalitatea schizoidă

Principalele criterii de diagnostic sunt detaşarea față de ceilalți şi inhibiția emoțională. Schizoidul se teme de faptul că ceilalți îi vor invada teritoriul.

Este indiferent față de relațiile sociale, evită intimitatea şi nu admite încălcări ale libertății sale.

Nivelul său de autonomie este excesiv de ridicat.

Credințe fundamentale (scheme necondiționale)

Nu sunt la fel ca ceilalți.

Raporturile strânse cu alți oameni nu fac decât să-ți creeze probleme.

Atitudini de bază (scheme condiționale)

Dacă îi las pe oameni să se apropie prea mult, viața mea va deveni insuportabilă.

Inferențe (Control)

Fă toate lucrurile de unul singur.

Păstrează distanța.

Stări afective

Lipsă de rezonanță emoțională; jenă socială.

Gânduri automate

„Nu mă simt bine împreună cu ceilalți".

„Oamenii trebuie să mă lase singur".

„Nu sunt interesat de ceilalți".

„Nu înțeleg de ce sunt atât de fericiți atunci când se află împreună".

Personalitatea schizotipală

Subiectul prezintă carențe serioase în ceea ce priveşte relațiile personale sociale, la fel ca şi în cazul schizoizilor, de care se deosebeşte prin distorsionări cognitive mai ample şi prin conduite excentrice.

Emite adesea unele idei de tip paranoid.

Întreaga lui concepție de viață are un caracter ciudat, el văzând permanent semne magice şi misterioase.

Credințe fundamentale (scheme necondiționale)
Sunt un telepat, am forțe paranormale.
Trebuie să te îndoiești de ceilalți.
Atitudini de bază (scheme condiționale)
Dacă le spun oamenilor ceea ce gândesc, ei nu mă vor înțelege.
Oamenii vor crede că sunt un monstru și mă vor respinge.
Inferențe (Control)
Fii atent la toate detaliile pentru că pot fi semne importante.
Ceilalți cred că sunt supersitiții, dar eu știu mai mult decât ei.
Evită această persoană pentru că poartă ghinion.
Stări afective
Anxietate în relațiile sociale; inconsecvență.
Gânduri automate
„Oare ei mă supraveghează?"
„Eu știu ce gândesc ei".
„Nu pot suporta să fiu împreună cu alți oameni".
„Nu trebuie să-i vorbesc pentru că mi se va întâmpla o nenorocire".

Personalitatea antisocială

Se caracterizează prin lipsă totală de respect pentru drepturile celorlalți, precum și printr-o rezistență activă față de orice regulă socială. Subiectul este înclinat să trișeze și să-i exploateze pe ceilalți. Este impulsiv și incapabil să ducă la bun sfârșit proiecte pe termen lung.

Credințe fundamentale (scheme necondiționale)
Am dreptul să obțin ceea ce doresc.
Oamenii sunt făcuți pentru a fi exploatați de mine.
Atitudini de bază (scheme condiționale)
Dacă nu profit de ei, vor profita ei de mine.
Dacă doresc ceva, voi obține.
Inferențe (Control)
Dorești acel lucru, obține-l.
Dacă el te supără, lovește-l.
Stări afective
Irascibilitate; indiferență.
Gânduri automate
„Sunt foarte abil, ei nu vor ști niciodată ce intenții am".
„Îmi bat joc de ceea ce gândesc ei".
„O să vadă ei cine este mai puternic".
„Dacă sunt furios, trebuie să fac ceva".

Personalitatea „borderline"

Se caracterizează printr-o instabilitate extremă a dispoziției, a relațiilor interpersonale și a imaginii de sine. Subiecții sunt foarte impulsivi, declanșează reacții emoționale negative și au rezistență foarte scăzută la frustrare.

Credințe fundamentale (scheme necondiționale)

Nu dețin controlul asupra mea.

Nimeni nu mă înțelege.

Atitudini de bază (scheme condiționale)

Dacă nu voi face ceea ce doresc ceilalți de la mine, ei mă vor abandona.

Nimeni nu va dori să fie cu mine dacă mă va cunoaște cu adevărat.

Dacă nu îmi voi putea controla emoțiile se va declanșa o catastrofă.

Inferențe

Fă-ți un rău pentru a simți ceva.

Nu-ți face prieteni, ei te vor lovi.

Ești o persoană rea, pedepsește-te.

Stări afective

Anxietate; depresie; mânie.

Gânduri automate

„Voi fi totdeauna singur".

„Suferința pe care o resimt este intolerabilă".

„Am făcut rău că m-am încrezut în această persoană pentru că acum mă disprețuiește".

Personalitatea histrionică

Se caracterizează prin reacții emoționale excesive și tendința permanentă de a capta atenția celorlalți. Subiecții sunt egocentrici și își dramatizează relațiile. Aceșia au nevoie de ceilalți și sunt foarte influențabili.

Credințe fundamentale (scheme necondiționale)

Sunt incapabil să-mi organizez existența.

Știu să farmec oamenii pentru ca ei să mă ajute și să mă iubească.

Atitudini de bază (scheme condiționale)

Dacă nu mă voi face remarcat, nu voi plăcea.

Pentru a obține ceea ce doresc, trebuie să-i fascinez sau să-i distrez pe ceilalți.

Inferențe

Fă-te remarcat.

Caută să placi, cochetează puțin.

Poartă haine care ies din comun.

Stări afective

Se plictisește rapid; deprimare; veselie.

Gânduri automate

„Ceilalți mă consideră irezistibil".

„Sunt o persoană fermecătoare și amuzantă".

„Ceilalți nu mă remarcă suficient".

„Această persoană este formidabilă, dar celelalte două sunt îngrozitoare".

Personalitatea narcisică

Particularitatea principală o constituie inflația ego-ului, nevoia de a fi admirat și lipsa de empatie.

Subiecţii narcisici îşi exagerează reuşitele şi talentele, se consideră excepţionali şi solicită un tratament de excepţie.

Credinţe fundamentale (scheme necondiţionale)

Sunt o persoană excepţională.

Ceilalţi îmi sunt inferiori şi îmi datorează respect.

Atitudini de bază (scheme condiţionale)

Dacă sunt superior celorlalţi, trebuie să fiu tratat ca atare.

Dacă oameni nu îmi acordă respectul cuvenit, ei trebuie pedepsiţi.

Dacă nu sunt admirat şi nu mi se fac complimente înseamnă că nu sunt apreciat la justa mea valoare.

Inferenţe

Povesteşte-le tot ce ai realizat.

Nu te preocupa de reguli, ele nu sunt pentru tine.

Ceilalţi trebuie să-mi cedeze locul, pentru că le sunt superior.

Stări afective

Depresie; mânie.

Gânduri automate

„Ei nu ştiu cu cine au de-a face".

„Nevoile mele sunt mai importante decât ale celorlalţi".

„Eu nu trebuie să stau la rând".

„Ceilalţi sunt nişte nulităţi".

Personalitatea evitantă

Subiecţii sunt inhibaţi în relaţiile sociale, nu au încredere în ei şi sunt hipersensibili la critică sau la remarci care le sunt defavorabile. Se simt jenaţi în diferite situaţii sociale, sunt anxioşi dacă li se evaluează activităţile şi evită să-şi asume riscuri.

Credinţe fundamentale (scheme necondiţionale)

Sunt o persoană lipsită de valoare, nu pot să plac.

Ceilalţi oameni îmi sunt superiori.

Atitudini de bază (scheme condiţionale)

Dacă ceilalţi mă vor cunoaşte cu adevărat, ei mă vor respinge.

Dacă voi întreprinde vreo acţiune, voi deveni ridicol.

Inferenţe

Nu trebuie să-ţi asumi riscuri.

Nu trebuie să trăieşti emoţii puternice, pentru că nu le-ai putea suporta.

Stări afective

Anxietate; tensiune pishică; depresie

Gânduri automate

„Voi eşua cu siguranţă".

„;Ceilalţi nu mă iubesc".

„Sunt o persoană slabă".

Personalitatea dependentă

Subiecţii se caracterizează printr-o nevoie exagerată de protecţie, ajutor şi încurajare. Sunt supuşi, se agaţă de ceilalţi şi trăiese permanent cu teama că vor fi abandonaţi. Au dificultăţi în luarea deciziilor, sunt lipsiţi de initiativă şi nu îşi asumă responsabilităţi. Se tem de singurătate şi ar face orice pentru a câştiga afecţiunea şi suportul celorlalţi.

Credinţe fundamentale (scheme necondiţionale)

Sunt slab şi incapabil să mă descurc singur.

Ceilalţi sunt mai puternici şi pot să mă ajute.

Atitudini de bază (scheme condiţionale)

Dacă nu voi fi iubit, mă voi simţi în permanenţă nefericit.

Dacă nu va exista o persoană puternică să mă sprijine, voi fi pierdut.

Dacă nu mă ajută cineva ori de câte ori am nevoie, mă voi prăbuşi.

Inferenţe (Control)

Nu contrazice pe nimeni, pentru că ai nevoie de oameni.

Fă tot ce îţi cer ceilalţi, chiar dacă este dificil.

Nu lua niciodată decizii de unul singur.

Stări afective

Anxietate; depresie.

Gânduri automate

„Nu pot să fac nimic de unul singur „.

„Nu pot suporta să fiu abandonat".

„Ceilalţi s-au plictisit de mine".

Personalitatea obsesiv-compulsivă

Subiecţii se caracterizează printr-o dorinţă exagerată de ordine şi perfecţiune, prin rigiditatea autocontrolului şi a relaţiilor interpersonale. Persoanele aplică regulile *ad-literam,* fapt ce le reduce eficienţa personală. Munca se află pentru ei pe primul loc comparativ cu toate celelalte sectoare ale vieţii.

Credinţe fundamentale (scheme necondiţionale)

Sunt responsabil pentru mine şi pentru ceilalţi.

Ceilalţi oameni nu sunt demni de încredere.

Atitudini de bază (scheme condiţionale)

Dacă nu voi reuşi în proporţie de 100%, va fi un eşec total.

Dacă nu îmi voi îndeplini datoria în mod precis şi sistematic, se va întrona haosul.

Ceilalţi oameni trebuie să fie punctuali şi să-şi ţină promisiunile.

Inferenţe (Control)

Trebuie să prevezi cele mai mici detalii.

Realizează totul prefect, pentru că altfel nu are valoare. Trebuie să menţii permanent cel mai înalt standard de performanţă.

Stări afective

Anxietate; depresie.

Gânduri automate

„Nu trebuie să comit nici o eroare".

„Dacă greşesc, va fi o catastrofă".

„Trebuie să fac totul singur, pentru că altfel se va strecura o greşeală".

„Ar trebui să fac ceva util, în loc să citesc acest roman".

Modelul cognitiv al tulburărilor personalităţii realizat de Young (1990)

Concepţia lui Young (1990) este centrată pe conceptul de schemă cognitivă dezadaptativă specifică perioadei copilăriei şi se deosebeşte de cea a lui Beck sub următoarele aspecte:

- autorul acordă o importanţă deosebită schemelor cognitive dezadaptative timpurii;
- subliniază importanţa proceselor care contribuie la menţinerea rigidităţii schemelor;
- nu ţine seama de criteriul de diagnostic stabilit de manualele D.S.M. III-R şi D.S.M. IV, examinând schemele cognitive dezadaptative oarecum independent de tulburările de personalitate pe care le determină;
- analizează istoria vieţii pacientului pentru a explica modul de formare a schemelor disfuncţionale şi utilizează datele obţinute în cadrul demersului psihoterapeutic;
- acordă un rol însemnat laturii afective în cursul terapiei.

Plecând de la modelul cognitiv preconizat de Beck şi colaboratorii (1979), autorul insistă asupra a patru aspecte fundamentale:

1. Schemele dezadaptative timpurii.
2. Procesul de menţinere a schemelor prin intermediul distorsionărilor informaţiei.
3. Procesul de evitare a schemelor disfuncţionale.
4. Procesul de compensare a acestora.

Trebuie subliniat faptul că aceste probleme sunt atinse şi de Beck şi colaboratorii (1990), dar Young este cel care aduce unele precizări suplimentare. Autorul nu are pretenţia de a elabora o teorie completă asupra tulburărilor personalităţii, afirmând că teoretizările sale reprezintă rodul unor observaţii clinice, precum şi al experienţei terapeutice.

Schemele dezadaptative timpurii

Young (1990) acordă termenului de schemă cognitivă un sens asemănător cu cel atribuit de Beck şi Segal (1988).

În concepţia sa, schemele reprezintă structuri organizate de elemente formate în urma experienţelor şi reacţiilor trecute, care alcătuiesc un ansamblu coerent de

cunoştinţe, relativ durabile, capabile să ghideze modul de percepere şi evaluare a datelor realităţii.

Schemele dezadaptative timpurii reprezintă structuri profunde, formate înca din copilărie şi care vor servi drept cadru pentru interpretarea experienţelor ulterioare.

În viziunea autorului, caracteristicile schemelor dezadaptative timpurii sunt următoarele:

1. Ele reprezintă pentru individ realităţi incontestabile, esenţiale şi absolute. Modelul unei scheme condiţionale este: „dacă, atunci", iar pe baza acestora se formează imperative categorice: „eu va trebui"; „ei vor trebui", care devin realităţi de necombătut.

2. Schemele disfuncţionale au tendinta de a se perpetua şi sunt dificil de modificat. Formate la o vârstă timpurie, ele reprezintă adevăruri absolute referitoare la propria persoană, la ceilalţi şi la lume în general, adevăruri care au un caracter habitual şi familiar. Orice modificare a acestor scheme constituie o ameninţare pentru subiect, care va face efortul de a proteja validitatea şi integritatea acestor constructe mentale.

3. Schemele cognitive disfuncţionale timpurii pot conduce la apariţia unor disfuncţii nevrotice, precum şi a unor tulburări de personalitate.

4. Acestea sunt activate de evenimente de viaţă care au legătură cu conţinutul lor. Astfel, un eşec real sau perceput ca atare, ori criticile din partea celorlalţi vor activa schema legată de competenţă, şi individul se va simţi ameninţat. De asemenea, o respingere posibilă sau estimată va activa schema de abandon.

5. Activarea unei scheme cognitive timpurii în timpul psihoterapiei va declanşa o stare emoţională accentuată la pacient (mânie, ruşine, culpabilitate etc.)

6. Schemele cognitive dezadaptative timpurii reprezintă rezultatul unor experienţe din copilărie, repetitive sau habituale. Părinţii au un rol hotărâtor în formarea acestor scheme, deşi există şi alte persoane care pot contribui la acest proces: fraţi, alţi copii, adulti semnificativi (învăţători, profesori), atitudinile lor conducând la formarea şi dezvoltarea unor convingeri fundamentale ale subiectului referitoare la propria persoană.

Schemele cognitive timpurii disfuncţionale sunt menţinute prin intermediul a trei procese:

1. Distorsionarea informaţiilor

În tendinţa sa de a-şi conserva schemele cognitive timpurii, subiectul va distorsiona informaţiile provenite din lumea externă: informaţiile care confirmă schema vor fi reţinute, amplificate, suprageneralizate şi personalizate, în timp ce acelea care infirmă schema vor fi minimalizate, ignorate, distorsionate sau respinse.

Atunci când validitatea schemelor cognitive este pusă în discuţie de către terapeut, rezistenţele pacientului se activează pentru că acesta are tendinţa conştientă sau inconştientă de a percepe şi evalua doar acele informaţii care îi confirmă convingerile. Comportamentele corespunzătoare schemelor disfuncţionale timpurii, care au fost utile atunci când s-au format, dar care persistă în viaţa adultă, sunt foarte dificil de modificat, pacientul fiind foarte rezistent la schimbare. Aşa se explică de ce mulţi oameni repetă permanent acelaşi tip de greşeli (o pacientă s-a căsătorit a treia oară tot cu un bărbat alcoolic).

2. Menţinerea schemelor prin intermediul evitării

Intensitatea emoţiilor negative asociată cu activarea schemelor precoce determină pacientul să pună în aplicare procedee, conştiente sau inconştiente, pentru a bloca orice elemente legate de schema respectivă.

Aceste procese sunt similare mecanismelor de apărare a ego-ului descrise de psihanaliză, dar catalogarea lor drept strategii permite psihoterapeutului să-l înveţe pe pacient să pună sub semnul îndoielii schema cognitivă, fără să aştepte producerea vreunui „insight" (iluminare).

Strategiile de evitare pot fi cognitive, presupunând un proces de blocare voluntară sau automată a gândurilor, amintirilor sau imaginilor.

Pacientul afirmă că nu doreşte să se gândească la un anumit subiect sau că a uitat despre ce este vorba. Refuzul sau incapacitatea de a se concentra asupra unei probleme reprezintă un obstacol serios în calea psihoterapiei.

Evitarea afectivă constituie o barieră şi mai greu de depăşit. Pacientul se descrie pe sine însuşi ca fiind golit de sentimente, incapabil să resimtă tristeţe, teamă sau mânie. Astfel, un pacient cu tulburare de personalitate de tip „borderline" poate să se automutileze fără a simţi durere.

Evitarea comportamentală este mai evidentă şi mai uşor controlabilă. Subiectul în cauză evită situaţiile care contribuie la activarea unor scheme disfuncţionale care îi provoacă stări afective negative (evenimentele sociale vor fi evitate de subiecţii cu tulburare de personalitate evitantă, care se cred antipatici, iar cele competitive de către cei care se cred incapabili).

Aceste manevre sau strategii de evitare au drept consecinţă faptul că subiectul nu se confruntă cu schema sa cognitivă, nu îi poate pune la îndoială validitatea şi nu adună date care să conducă la infirmarea acesteia.

3. Menţinerea schemelor cognitive disfuncţionale prin intennediul unor mecanisme compensatorii

Conceptul de compensare utilizat de Young (1990) se suprapune oarecum peste cel de formaţiune reacţională din psihanaliză. Astfel, o persoană dependentă se

va apăra adoptând un comportament exagerat de autonom, neaceptând nici un fel de sprijin din partea celorlalţi, nici un sfat şi nepermiţându-le acestora să devină prea apropiaţi.

De asemenea, un subiect care se subestimează şi a cărui schemă cognitivă timpurie are la bază lipsa de afecţiune poate dezvolta un comportament specific unei personalităţi narcisice, iar un individ care se crede incapabil poate deveni perfecţionist.

Compensarea reprezintă o modalitate de depăşire a unei scheme disfuncţionale. Aceasta poate, până la un punct, să aibă un caracter adaptativ, cu condiţia să nu genereze o structură rigidă şi persistentă. Din nefericire, în cazul tulburărilor personalităţii, fenomenele compensatorii maschează punctele slabe ale personalităţii, făcându-le dificil de abordat şi modificat.

Pacientul devine excesiv de vulnerabil sub aspect emoţional atunci când schema sa cognitivă disfuncţională este evidenţiată.

Psihoterapia centrată pe schema cognitivă integrează o serie de tehnici cognitive, comportamentale, experienţiale şi interpersonale de intervenţie terapeutică, conceptul de schemă cognitivă reprezentând elementul integrator.

Specifice pentru acest tip de psihoterapie sunt următoarele elemente:

- utilizarea într-o mai mare măsură a relaţiei pacient-terapeut ca instrument al schimbării;
- acordarea unei atenţii sporite experienţelor emoţionale timpurii şi rolului pe care îl joacă acestea în etiologia unor tulburări psihice;
- declanşarea unor stări afective în timpul şedinţelor de psihoterapie prin intermediul tehnicii imaginaţiei dirijate şi a jocului de rol;
- demersul psihoterapeutic are o durată mult mai lungă, mai ales atunci când sunt abordaţi pacienţi cu tulburări de personalitate.

Conceptele de bază ale modelului terapeutic centrat pe schema cognitivă sunt:

1. Schemele cognitive dezadaptative timpurii.
2. Domeniile în funcţie de care se structurează schemele cognitive.
3. Modalităţile sau categoriile cognitive (părţi ale ego-ului).

1. Schemele cognitive dezadaptative timpurii

Segal (1988) defineşte schema cognitivă ca fiind o structură organizată ce cuprinde elemente ce ţin de experienţele şi reacţiile trecute şi care reprezintă un set coerent şi persistent de cunoştinţe ce ghidează subiectul în perceperea şi evaluarea datelor realităţii. Aceste scheme au un caracter evolutiv şi se dezvoltă pe măsură ce individul înaintează în vârstă (Freeman şi Leaf, 1989). Ele se formează şi se fixează în copilărie şi sunt întărite şi modelate sub influenţa comportamentului părinţilor.

Dacă psihoterapia cognitivă se concentra asupra gândurilor negative şi supoziţiilor disfuncţionale care stau la baza lor, terapia centrată pe schema cognitivă

consideră că schema dezadaptativă timpurie reprezintă nivelul cel mai profund al cogniției și afectelor. Young (1994) definea această schemă ca o structură profundă și persistentă de convingeri referitoare la propria persoană și la relațiile cu ceilalți, structură care se dezvoltă în copilărie, se consolidează de-a lungul vieții și are un pronunțat caracter disfuncțional.

Prezentăm în continuare principalele domenii în care se manifestă schemele dezadaptative timpurii (adaptat după Young, 1995, apud Tarrier; Wells și Haddock, 1998, p. 369-371).

1. Răceală afectivă și respingere

Familia din care provine copilul se caracterizează prin detașare, răceală afectivă, respingere, tendințe de izolare sau comportamente imprevizibile, explozive sau abuzive.

Schemele cognitive dezadaptative timpurii vizează nesatisfacerea trebuințelor de securitate, stabilitate, ocrotire, empatie, rezonanță emoțională, de acceptare, respect, împărtășire a sentimentelor.

Acestea se referă la:

- Instabilitate – abandon

Este vorba de convingerile legate de faptul că persoanele semnificative nu vor putea să acorde protecție și sprijin emoțional pacientului pentru că sunt imprevizibile, instabile emoțional, nu sunt demne de încredere ori pentru că vor muri sau vor abandona subiectul pentru a acorda atenție unei persoane mai valoroase.

- Neîncredere – abuz

Subiectul nutrește convingerea că ceilalți îl vor răni, umili, vor abuza de el, îl vor minți, manipula sau vor obține avantaje de pe urma lui.

- Deprivare emoțională

Expectații legate de faptul că dorința normală a subiectului de a beneficia de suport afectiv nu va fi satisfăcută. Acesta nu se așteaptă să se bucure de afecțiune, atenție, înțelegere sau protecție din partea celorlalți.

- Existența unor defecte – rușine

Persoana consideră că este inferioară, rea sau că nu prezintă calități și din acest motiv nu poate fi iubită de persoanele semnificative.

Aceasta devine hipersensibilă la critică, respingere sau blamare și se simte permanent nesigură atunci când se confruntă cu ceilalți.

- Izolare socială

Se referă la convingerile subiectului că este diferit de alți oameni, izolat, că nu face parte din nici un grup sau comunitate.

2. Autonomie şi performanţă

Familia de origine este excesiv de critică, subminând încrederea în sine a copilului sau excesiv de protectoare, nereuşind să întărească performanţele realizate în afara cadrului familial.

• Dependenţa şi incompetenţa

Subiectul nutreşte convingerea că nu va fi capabil să facă faţă responsabilităţilor existenţei fără sprijin din partea celorlalţi (se consideră neajutorat).

• Vulnerabilitate la stres sau boală

Se referă la teama exagerată că persoana va fi victimă a numeroase catastrofe pe care nu va putea să le prevină (se va îmbolnăvi, va înnebuni, se vor abate asupra ei diverse calamităţi sau dezastre).

• Dependenţa emoţională excesivă – insuficienta dezvoltare a ego-ului

Persoana nutreşte convingerea eronată că nu va putea supravietui sau ca nu va putea fi fericită fără sprijinul permanent din partea altor persoane de care este legată excesiv.

• Eşec

Se referă la convingerea că subiectul a eşuat, va eşua în mod inevitabil sau că este total necorespunzător comparativ cu ceilalţi, în ceea ce priveşte performanţele şcolare, profesionale, sportive, materiale etc. Acesta se consideră lipsit de calităţi, ignorant, prost sau cu mai puţin succes.

3. Limite ce ţin de unele particularităţi interne ale subiectului

Se referă la dificultatea de a respecta drepturile celorlalţi, de a coopera cu aceştia sau de a-şi stabili obiective personale realiste.

De regulă, familia de origine este excesiv de permisivă-indulgentă, fără direcţii clare de acţiune, sau cu valori referitoare la superioritatea nejustificată a subiectului.

• Tendinţă spre grandoare

Subiectul nutreşte convingerea că este superior celorlalţi, are drepturi speciale şi nu trebuie să respecte anumite reguli în cadrul interacţunilor sociale. El consideră că poate face tot ceea ce doreşte, indiferent dacă acest lucru este realist sau nu şi fără să ţină seama de ceea ce cred ceilalţi sau de dezavantajele pe care comportamentul său le provoacă acestora. Subiectul are tendinţa de a obţine controlul şi puterea asupra celorlalţi, este excesiv de competitiv şi nu manifestă empatie şi grijă faţă de ceilalţi.

• Lipsa disciplinei şi autocontrolului

Subiectul are dificultăţi sau refuză să se controleze, prezintă rezistenţă scăzută la frustrare şi nu îşi cenzurează manifestările emoţionale impulsive.

În formele mai uşoare se înregistrează tendinţa exagerată de a evita orice disconfort, conflict, confruntare sau responsabilitate, în dauna performanţelor şi realizării personale.

4. Centrarea exagerată asupra celorlalți

Subiectul se centrează excesiv asupra nevoilor, sentimentelor și reacțiilor celorlalți în detrimentul propriilor trebuințe pentru a le câștiga dragostea și aprobarea, pentru a-și satisface sentimentele de apartenență și pentru evitarea izolării.

Persoana în cauză își reprimă ostilitatea și nevoile personale.

Familia de origine se caracterizează prin acceptare condiționată conform căreia copilul trebuie să-și reprime tendințele firești pentru a obține aprobare, dragoste și atenție.

- Supunerea

Implică percepția lipsei de importanță a propriilor dorințe, opinii și sentimente din perspectiva celorlalți.

Subiectul se supune controlului din partea celorlalți pentru a evita abandonul, conflictele sau rejectarea, reprimându-și deciziile, dorințele, preferințele, precum și exprimarea liberă a emoțiilor, mai ales a ostilității.

Acesta manifestă complezență excesivă, fiind însă hipersensibil la orice constrângere. Ostilitatea reprimată se va manifesta sub forma unui comportament pasiv/agresiv, cu izbucniri necontrolate de furie, simptoame psihosomatice sau consum exagerat de alcool ori droguri.

- Tendința către sacrificiu

Subiectul manifestă tendința accentuată de a veni în întâmpinarea nevoilor celorlalți, în dauna propriilor plăceri și satisfacții. Acesta se ferește să provoace suferință celorlalți, evită sentimentele de culpabilitate rezultate din egoismul personal și este excesiv de sensibil la durerea semenilor săi.

Adesea, subiectul ajunge să nutrească resentimente față de cei cărora le poartă de grijă, considerându-i nerecunoscători.

- Căutarea recunoașterii și aprobării

Se manifestă prin tendința excesivă de a câștiga aprobarea, recunoașterea sau atenția celor din jur, în detrimentul dezvoltării propriei personalități. Autostima persoanei va depinde în primul rând de reacția celorlalți și nu de propriile înclinații. Subiectul va pune un accent exagerat pe statutul social, pe modul în care se prezintă, pe valorile materiale sau pe alte tipuri de realizări, pentru a obține aprobarea, stima și admirația celorlalți. Deciziile majore de viață vor fi lipsite de autenticitate, subiectul fiind hipersensibil la respingere.

5. Hipervigilență și inhibiție

Se caracterizează prin tendința exagerată de reprimare și controlare a stărilor afective spontane, a impulsurilor sau a deciziilor personale din teama de a nu greși

sau prin construirea unor reguli şi expectaţii interne rigide, referitoare la performanţe ori la comportamentul moral. Această schema cognitivă disfuncţională conduce la inhibarea tendinţei de a fi fericit, relaxat, de a se exprima liber, de a avea relaţii apropiate, uneori cu consecinţe grave în planul sănătăţii individului. În familia de origine nu este valorizată bucuria, punându-se accent pe datorie, performanţă, perfecţionism şi reguli stricte, iar modelul de interacţiune fiind punitiv. În spatele acestor norme se ascund anxietatea şi pesimismul implicând credinţa că lucrurile vor lua o întorsătură proastă dacă subiectul nu va fi în permanenţă grijuliu şi vigilent.

• Concentrarea asupra negativului şi vulnerabilitate exagerată la erori

Persoana s-a concentrat de-a lungul vieţii mai ales asupra aspectelor negative ale existenţei (durere, moarte, pierdere, dezamăgire, conflict, resentimente, vinovăţie, greşeli sau lucruri care merg prost etc.).

Aceasta poate avea şi expectaţii exagerate în domeniile profesional, financiar sau interpersonal, pe care le consideră controlabile, temându-se că se va întâmpla ceva rău dacă slăbeşte autocontrolul.

Schema include şi o frică exagerată de a nu comite erori care ar putea genera catastrofe în plan financiar, profesional, interpersonal, conducând la pierderi, umilinţe sau căderea în diverse capcane.

Subiectul se caracterizează prin anxietate şi îngrijorare cronică, pesimism, hipervigilenţă, indecizie, precum şi prin tendinţa de a-şi plânge de milă.

• Autocontrolul excesiv şi inhibiţia emoţională

Se caracterizează prin inhibarea acţiunilor cu caracter spontan, a stărilor afective, a comunicării deschise, în vederea dobândirii sentimentului de securitate subiectivă şi predictibilitate, pentru evitarea greşelilor personale, a dezaprobării, catastrofelor şi haosului sau pierderii controlului.

Tendinţa exagerată spre autocontrol se manifestă prin următoarele tipuri de comportamente sau trăiri:

- inhibarea furiei şi agresivităţii;
- tendinţă compulsivă către ordine şi planificare;
- reprimarea impulsurilor pozitive (bucurie, afecţiune, satisfacţie sexuală etc.);
- aderenţa excesivă faţă de activităţile rutiniere şi ritualizate;
- dificultăţi în manifestarea vulnerabilităţilor şi de a comunica deschis cu privire la sentimentele şi nevoile proprii;
- acordarea unei importanţe exagerate raţionalităţii, neglijându-se nevoile emoţionale.

În majoritatea cazurilor, controlul excesiv este extins şi asupra persoanelor apropiate din anturajul pacientului.

• Tendinţa de a-şi fixa standarde nerealiste şi de a fi hipercritic

Presupune convingerea subiectului legată de necesitatea stabilirii unor standarde interne foarte înalte în ceea ce priveşte conduita şi performanţa, pentru a evita critica.

Acesta se simte mereu presat şi incapabil să încetinească ritmul, din cauza hipercriticismului la adresa propriei persoane şi a celorlalţi.

Această tendinţă se manifestă prin:

- perfecţionism, atenţie exagerată acordată detaliilor şi compararea permanentă a performanţelor proprii cu ale celorlalţi;

- reguli rigide autoimpuse, care se referă la diverse sectoare ale vieţii şi activităţii (norme nerealiste în ceea ce priveşte comportamentul moral, valorile culturale sau religioase);

- preocupări exagerate referitoare la timp şi eficienţă astfel încât subiectul să realizeze cât mai multe lucruri.

• Punitivitate exagerată

Se referă la convingerea că oamenii trebuie să fie sancţionaţi sever pentru greşelile lor şi implică tendinţa acestora de a fi intoleranţi, supăraţi, punitivi şi nerăbdători cu propria persoană, precum şi cu cei care nu răspund aşteptărilor lor.

Persoana întâmpină dificultăţi serioase atunci când trebuie să ierte greşelile proprii sau ale celorlalţi.

Modalităţile cognitive, părţi ale ego-ului

Unele scheme cognitive dezadaptative au un caracter latent, în timp ce altele devin active.

Young şi Behary (1998) înţeleg prin modalităţi dezadaptative un grup de scheme şi procese cognitive cu caracter activ, care se manifestă sub forma unor stiluri adaptative rigide ce domină viaţa şi activitatea subiectului, find caracteristice pentru personalitatea acestuia. Modalităţile dezadaptative reprezintă un fel de părţi sau instanţe ale ego-ului.

Un individ poate trece de la o modalitate la alta şi, o dată cu aceasta, se activează un alt grup de scheme şi procese cognitive care se aflaseră până atunci în stare latentă.

Young (1998) subliniază faptul că modalitatea cognitivă disfuncţională reprezintă o parte a ego-ului subiectului care este într-o oarecare măsură desprinsă sau disociată de celelalte faţete ale personalităţii.

Young şi First (1996) disting următoarele modalităţi cognitive (părţi ale ego-ului):

1. Modalităţi specifice copilăriei

• Copilul vulnerabil: se simte singur, izolat, trist, neînţeles, lipsit de sprijin, defensiv, depăşit de situaţie, incompetent, neajutorat, lipsit de speranţă, anxios, lipsit de valoare, victimizat, exclus, pesimist, lipsit de dragoste, învins.

• Copilul furios: este supărat, furios, frustrat, nerăbdător pentru că nevoile emoţionale sau fiziologice ale copilului vulnerabil nu au fost satisfăcute.

• Copilul impulsiv şi indisciplinat: pare răsfăţat, dă curs dorinţelor şi impulsurilor personale într-o manieră necontrolată şi egoistă, are dificultăţi în

amânarea gratificaţiilor pe termen scurt, se simte furios, frustrat şi nerăbdător atunci când impulsurile şi dorinţele care nu au un caracter bazal nu sunt satisfăcute.

• Copilul fericit: se simte iubit, satisfăcut, protejat, acceptat, valorizat, înţeles, competent, încrezător în sine, independent, puternic, spontan, optimist, adaptat.

2. Modalităţi adaptative disfuncţionale

• Complezentul: se comportă într-o manieră pasivă, supusă, caută aprobarea celorlalţi, se subapreciază de teama conflictelor sau respingerii, tolerează abuzurile din partea celorlalţi, nu-şi exprimă dorinţele în faţa celorlalţi; îşi alege partenerii şi colaboratorii din categoria celor care îi permit să menţină schema autodefensivă de relaţionare.

• Protectorul detaşat: îşi inhibă dorinţele şi sentimentele, este detaşat emotional de ceilalţi şi le refuză ajutorul, se simte neimplicat, deconectat, plictisit, depersonalizat, desfăşoară în mod compulsiv şi în exces activităţi cu caracter stimulator; adoptă o atitudine cinică sau pesimistă pentru a evita ataşamentul de persoane sau activităţi.

• Supracompensatul: se comportă dominator şi agresiv, este competitiv şi arogant, îi priveşte pe ceilalţi de sus, este supracontrolat, are tendinţa de a-i controla, manipula şi exploata pe ceilalţi: caută să atragă atenţia asupra sa şi urmăreşte să obţină poziţii sociale înalte. Aceste atitudini şi comportamente s-au dezvoltat pentru a compensa sau gratifica nevoile de bază nesatisfăcute.

3. Modalităţi cognitive dezadaptative parentale

• Părintele punitiv: consideră că el însuşi şi ceilalţi merită pedepse, este hipercritic şi abuziv cu propria persoană şi cu ceilalţi; pune accent mai ales pe aspectul formal al regulilor şi mai puţin pe conţinutul lor.

• Părintele hiperexigent: urmăreşte să obţină performanţe înalte în activitate, doreşte să fie perfect, caută să menţină ordinea, aspiră la un statut social ridicat, este eficient, evită să piardă timpul şi pune pe primul plan nevoile şi dorinţele celorlalţi; consideră că este greşit să acţioneze spontan şi să-şi exprime sentimentele, are standarde înalte şi reguli interioare rigide, iar normele sale nu au un caracter compensator.

Modalitatea adultului sănătos (echilibrat)

• Adultul sănătos (echilibrat): acordă protecţie şi înţelegere instanţei psihice denumite „copilul vulnerabil", stabileşte limite şi restricţii pentru instanţele „copilul furios" şi „copilul impulsiv"; combate, înlocuieşte sau neutralizează modalităţile cognitive dezadaptative de tip parental.

Asigură funcţionarea psihică de adult, care implică activitate profesională, asumarea responsabilităţii, îngrijirea copiilor, manifestă interese culturale, estetice, sportive şi se angajează în activităţi agreabile specifice vieţii adulte, cum ar fi, de pildă, cea sexuală. Modalităţile specifice copilăriei se referă la experienţele şi la emoţiile normale pe care le trăieşte orice copil: furie, tristeţe, teamă, bucurie etc.

Pacienții cu tulburări de personalitate manifestă reacții disproporționate, caracteristice pentru o modalitate cognitivă sau alta. Astfel, o pacientă cu tulburare de tip „borderline" descrie, plângând în hohote, stările de disperare și teamă, specifice instanței „copilul vulnerabil", atunci când a fost părăsită de prietenul ei.

Plasată în această modalitate cognitivă, pacienta se simte dominată de teama de a fi abandonată, ea trecând printr-o stare de depresie accentuată, lipsă de speranță, anxietate, lipsă de valoare personală, vulnerabilitate.

Simțindu-se victimizată, pacienta va adopta comportamente patologice de anihilare a fricii de abandon, recurgând chiar la tentative de suicid.

Pacienta cu tulburare de personalitate „borderline" poate trece la un moment dat la modalitatea „protectorul detașat", situație în care privește în gol și afirmă că a devenit insensibilă la suferință și că nu-i mai pasă de faptul că și-a pierdut partenerul. Aceasta va adopta un comportament de evitare, se va simți depersonalizată și va trăi sentimente de plictiseală și vid interior.

O altă modalitate cognitivă care se manifestă la pacienții cu tulburare „borderline" este aceea de „părinte punitiv".

Pacienta va considera că a făcut ceva rău, că este o persoană negativă sau murdară și va trăi sentimente intense de furie, ură și vinovăție îndreptate împotriva propriei persoane. Pacienta se va pedepsi prin intermediul comportamentelor de automutilare.

Modalitățile „copilul abandonat" și „protectorul detașat" declanșează puternice sentimente de furie, deoarece ambele presupun reprimarea unor reacții emoționale și a unor trebuințe. Furia se acumulează, nu mai poate fi controlată și pacienta trece la modalitatea „copilul furios".

Emoțiile și sentimentele reprimate scapă de sub control și pacienta devine agresivă, manipulativă și abuzivă în raport cu ceilalți, cerându-și drepturile într-un mod destructiv; devine impulsivă, îi agresează verbal pe ceilalți, se refugiază în promiscuitate sau face tentative de suicid.

În timpul psihoterapiei centrate pe schema cognitivă, terapeutul va întruchipa modelul „adultul sănătos", model pe care pacientul îl va interioriza treptat.

Modalitatea numită „adultul sănătos" îl va ajuta pe pacient să-și însușească strategii adaptative în vederea ameliorării tulburărilor respective. Astfel, acesta va învăța să lupte împotriva celorlalte modalități, să le integreze și să le recanalizeze astfel încât individul să devină o persoană unificată, cu o bună funcționare psihică și mulțumit de sine și de existență.

Pacienții cu tulburare de personalitate de tip narcisic pendulează între trei modalități cognitive: „autosuficientul", „copilul singuratic" și „detașatul hedonist".

„Autosuficientul" reprezintă o subcomponentă a modalității „supracompensatul" și include una sau mai multe scheme cognitive disfuncționale: orgoliu exagerat, nevoie excesivă de aprobare, standarde nerealiste și neîncredere în ceilalți.

În cazul acestei modalităţi cognitive, subiectul manifestă superioritate faţă de ceilalţi, este încrezut, orientat spre căutarea unui statut social ridicat, este critic faţă de ceilalţi, neluând în considerare drepturile şi sentimentele acestora.

Prin intermediul acestor atitudini şi comportamente, subiectul încearcă să compenseze schema de bază care implică deprivare emoţională, lipsa de încredere în sine şi tendinţa spre supunere.

În mod paradoxal, activarea submodalităţii „autosuficientul“ nu face decât să perpetueze schemele cognitive de bază, cu caracter defensiv, acest lucru realizându-se prin intermediul atitudinii arogante, de superioritate şi umilire a celorlalţi.

Adesea, pacienţii narcisici trec la submodalitatea cognitivă numită „copilul singuratic“, o variantă a modalităţii „copilul vulnerabil“, atunci când primesc critici sau feed-back-uri negative.

Această submodalitate cuprinde scheme cognitive care implică deprivare emoţională şi lipsă de încredere în sine. Subiectul resimte acut pierderea statutului de persoană deosebită, se simte singur şi lipsit de valoare.

Pentru a se elibera de stările afective negative asociate cu ideea că este o persoană oarecare, devalorizată şi izolată, pacientul fie va reveni la modalitatea „autosuficientul“, fie va trece la o altă modalitate cognitivă, „detaşatul hedonist“, refugiindu-se în activităţi care în mod aparent îl stimulează psihic: jocuri de noroc, investiţii, refugiu în hiperactivitate, activitate sexuală în exces, utilizare de alcool, droguri sau mâncat compulsiv.

Metodele psihoterapiei cognitive pentru pacienţi cu tulburări de personalitate

Marea majoritate a psihoterapeuţilor consideră că pacienţii cu tulburări de personalitate sunt netratabili, iar în situaţiile în care totuşi se obţin rezultate, avem de-a face cu simulanţi sau cu erori de diagnostic. Aceşti pacienţi sunt mai greu de tratat decât cei cu tulburări emoţionale din cauza rigidităţii şi persistenţei trăsăturilor lor psihopatologice. Ei prezintă probleme care se repercutează asupra tuturor sectoarelor vieţii: profesie, dispoziţie afectivă şi relaţii interprofesionale. Problemele lor sunt de lungă durată şi pacienţii nu sunt motivaţi să se schimbe, ei fiind convinşi de faptul că modificarea este improbabilă sau chiar imposibilă.

Cu toate acestea, aproximativ 50% dintre pacienţii trataţi în clinicile de psihiatrie prezintă şi tulburări de personalitate (Turkat şi Maisto, 1985). Aceştia sunt trataţi iniţial pentru probleme emoţionale şi abia ulterior terapeutul îşi va da seama că are de-a face cu aspecte mai profunde, specifice tulburărilor de personalitate.

Cercetările din ultimii ani au adus dovezi în sprijinul eficienţei psihoterapiei cognitiv-comportamentale în tulburările personalităţii.

Beck şi colaboratorii (1979) au pus la punct o serie de strategii cognitiv-comportamentale pentru această categorie de pacienţi, strategii care reprezintă o extensie a celor utilizate în cazul tulburărilor emoţionale.

Lyden şi colaboratorii (1993) au realizat studii asupra tulburării de personalitate tip „borderline", iar Pretzer şi Fleming (1989) au elaborat un ghid practic de terapie cognitiv-comportamentală pentru pacienţii cu tulburări de personalitate.

Menţionăm, totodată, studiile şi aplicaţiile practice ale lui Young (1990), bazate pe schemele cognitive dezadaptative timpurii.

De asemenea, Turkat şi colaboratorii (1985) au propus un plan terapeutic detaliat pentru subiecţi cu tulburări de personalitate pornind de la analiza funcţională a fiecărui caz individual, pe baza căreia se realizează o conceptualizare a tuturor problemelor şi se stabilesc ipotezele de lucru care sunt verificate pe parcursul demersului terapeutic.

Succesele confirmă ipotezele formulate, în timp ce eşecurile impun stabilirea unor noi ipoteze.

Atitudinea terapeutului în cazul tratării persoanelor cu tulburări de personalitate

Psihoterapeutul obişnuit să trateze pacienţi cu tulburări emoţionale trebuie să-şi modifice expectaţiile pentru a nu dezvolta, la rândul său, atitudini negative ca reacţie la negativismul pacienţilor.

În cazul în care terapeutul se aşteaptă la un eşec, acesta va fi mai deprimat, mai puţin motivat să lucreze, mai obosit şi chiar va manifesta tendinţa de a trimite pacientul unui coleg. Atitudinea sa va fi comunicată pacientului prin intermediul limbajului verbal şi non-verbal, confirmând şi întărind sentimentele acestuia de neputinţă şi disperare.

Ţinând seama de specificul tulburărilor de personalitate, rigiditatea schemelor cognitive, tendinţa de evitare, dificultăţile ce apar în cadrul relaţiilor interpersonale, terapeutul va trebui să anticipeze faptul că modificările vor avea un caracter mai lent, terapia putând dura un an sau chiar doi ani.

Freeman şi Jackson (1998) au introdus o serie de modificări în cadrul demersului psihoterapeutic cognitiv-comportamental în cazul pacienţilor cu tulburări de personalitate:

1. Accentuarea conceptualizării fiecărui caz în parte înainte de a stabili strategiile terapeutice.

2. Adoptarea unui demers colaborativ, cu obiective clar şi precis identificate asupra cărora terapeutul şi pacientul cad de acord.

3. Utilizarea unor tehnici de reducere a anxietăţii şi de motivare a pacienţilor.

4. Focalizarea demersului terapeutic asupra identificării şi modificării schemelor cognitive disfuncţionale de bază.

5. Stabilitatea şi consecvenţa cadrului metodologic în care se desfăşoară psihoterapia.

6. Intensificarea eforturilor terapeutului în cursul şedinţelor de psihoterapie.

7. Creşterea capacităţii terapeutului de a tolera transferul negativ din partea pacientului.

8. Stabilitatea unei legături între acţiunile pacientului şi stările sale emoţionale.

9. Utilizarea unor strategii menite să conducă la reducerea efectului gratificant al conduitelor autodestructive.

10. Blocarea comportamentelor de tip teatral.

11. Focalizarea interpretărilor şi clasificărilor asupra aspectelor prezente („aici şi acum").

12. Acordarea unei atenţii deosebite sentimentelor de contratransfer ce apar în timpul psihoterapiei.

Freeman şi Jackson (1980) prezintă o serie de factori care îngreunează demersul terapeutic la pacienţii cu tulburări de personalitate:

Factorii ce ţin de pacient

1. Absenţa abilităţilor pacientului de a se conforma solicitărilor şi cerinţelor psihoterapeutului. Fiind vorba de o tulburare cronică de personalitate, pacientul prezintă, de regulă, deficienţe în sfera abilitătilor de a face faţă unor solicitări.

2. Pacientul a acumulat experienţe negative referitoare la eşecurile demersurilor terapeutice întreprinse anterior.

3. Pacientul poate nutri convingerea că, dacă se va schimba, se va îndepărta de cei apropiaţi sau îi va face pe aceştia să sufere.

4. Existenţa unui beneficiu secundar al pacientului de pe urma menţinerii simptomului (avantajul de a fi bolnav sau invalid îl situează în centrul atenţiei celorlalţi).

5. Pacientul se poate teme de schimbare pentru că un rău cunoscut e preferabil unuia necunoscut.

6. Absenţa motivaţiei: pacientul nu apreciază faptul că va obţine suficiente avantaje de pe urma terapiei, avantaje care să merite eforturile întreprinse.

7. Pacientul poate considera că statutul său social este inferior dacă urmează psihoterapia (va fi considerat bolnav, dezechilibrat sau nebun).

8. Pacientul poate avea abilităţi reduse în ceea ce priveşte automonitorizarea gândurilor, sentimentelor sau comportamentelor, fapt ce îngreunează demersul terapeutic.

9. Pacientul poate avea dificultăţi în observarea şi înţelegerea comportamentului celorlalţi, acesta ignorând ceea ce pentru alte persoane reprezintă informaţii importante şi evidente.

10. Pacientul adoptă un stil narcisic şi de blamare a celorlalţi considerând că problemele cu care se confruntă nu ţin de structura personalităţii sale.

Factori patologici

1. Rigiditatea psihică a pacientului, precum şi nevoia acestuia de a menţine lucrurile neschimbate reprezintă un obstacol în calea schimbării.

2. Existenţa unor probleme medicale supraadăugate.

3. Dificultăţile ce se manifestă în identificarea adevărului creează probleme în stabilirea şi menţinerea relaţiei terapeutice.

4. Nevoia excesivă de independenţă şi autonomie a unor pacienţi cu tulburări de personalitate împiedică sau prejudiciază alianţa terapeutică.

5. Impulsivitatea pacienţilor vine în contradicţie cu caracterul planificat deliberat şi directiv al demersului psihoterapeutic.

6. La unii pacienţi cu tulburări de personalitate, mai ales la cei schizotipali şi „borderline“ pot apărea în timpul terapiei stări de confuzie.

7. Abilităţile cognitive limitate, care se pot manifesta la pacienţii cu deficienţe mintale, în urma unor traumatisme cranio-cerebrale, a consumului excesiv de alcool sau droguri, sau pot fi consecinţa unor stări depresive, constituie, de asemenea, o piedică în evoluţia psihoterapiei.

8. Complexitatea şi profunzimea simptomelor.

9. Dependenţa excesivă poate conduce la menţinerea simptomelor pacientului cuprins de teama de a nu fi abandonat de către terapeut.

10. Tendinţa către autodevalorizare, comună mai ales depresivilor, dar şi personalităţilor dependentă şi evitantă, poate constitui, la rândul său, un obstacol în calea terapiei.

11. Lipsa energiei şi elanului vital specifică depresivilor, schizoizilor şi schizotipalilor îl împiedică pe pacient să se angajeze în demersuri susţinute în vederea schimbării.

12. Un alt factor care frânează demersul terapeutic ţine de comportamentul disociativ, caracteristic mai ales tulburării de personalitate de tip „borderline“.

Factorii de ambianţă

1. Situaţiile stresante din mediul profesional, familial, social pot împiedica pacientul să participe la terapie.

2. Persoanele semnificative din anturajul pacientului pot desfăşura acţiuni deschise sau implicite de sabotare a terapiei şi de subminare a prestigiului terapeutului.

3. Pierderea avantajelor materiale care decurg din starea sănătăţii mentale a pacientului (poate pierde pensia medicală).

4. Anumite grupări culturale sau religioase pot să se pronunţe împotriva terapiei, încercând să controleze viaţa membrilor lor.

5. Sistemul familial se află într-un echilibru homeostatic, echilibru ce ar putea fi perturbat de o posibilă schimbare.

6. Existenţa unei patologii colective în familie va face schimbarea dificilă sau chiar imposibilă.

Factorii ce ţin de terapeut

1. Insuficienta abilitate şi experienţă a terapeutului în activitatea cu pacienţi cu tulburări de personalitate care se numără printre cei mai dificili subiecţi.

2. Terapeutul şi pacientul prezintă acelaşi tip de distorsionări cognitive (astfel, pacientul poate fi neîncrezător în şansele de vindecare, iar terapeutul îl aprobă în mod implicit).

3. Terapeutul nu a reuşit să explice pacientului utilitatea şi principiile terapiei cognitiv-comportamentale.

4. Slaba alianţă terapeutică sau absenţa acesteia.

5. Terapeutul nu deţine suficiente informaţii cu privire la problemele pacientului şi stabileşte planul de terapie prin tatonări succesive.

6. Narcisismul psihoterapeutului, care este atât de convins de puterea sa, încât stabileşte obiective imposibil de atins pentru pacient, punând eşecurile pe seama acestuia din urmă.

7. Planificarea defectuoasă a timpului afectat terapiei poate avea efecte contraproductive asupra acesteia.

8. Obiectivele terapiei nu sunt precizate, sunt vagi sau nerealiste.

9. Absenţa acordului reciproc referitor la obiectivele terapiei şi strategiile de intervenţie.

Obiectivele psihoterapiei

Problemele psihopatologice ale acestor pacienţi se datorează schemelor cognitive necondiţionale şi condiţionale care structurează modul lor de a percepe şi interpreta realitatea, emoţiile şi comportamentul.

Obiectul psihoterapiei îl reprezintă modificarea acestor scheme disfuncţionale.

Acesta nu poate fi atins decât după rezolvarea problemelor asociate care ţin de axa I a manualului D.S.M. IV (tulburări emoţionale). Astfel, pacientul poate prezenta depresie, atacuri de panică, agorafobie, tulburări obsesiv-compulsive etc., tulburări care trebuie abordate la începutul terapiei.

Abia după reducerea acestor simptome, se va trece la abordarea schemelor cognitive disfuncţionale de bază.

Beck, Freeman şi colaboratorii (1990) descriu următoarele procedee de modificare a schemelor cognitive:

1. Înlocuirea schemelor

Implică o reconstrucţie a unei scheme cognitive, respectiv înlocuirea celei disfuncţionale cu una nouă.

Acest obiectiv ambiţios a fost urmărit de psihanalişti, care îşi propuneau restructurarea profundă a personalităţii.

Din păcate însă, acest lucru este foarte dificil de realizat, dacă nu chiar imposibil, având în vedere timpul şi energia de care dispun pacientul şi psihoterapeutul.

Un exemplu de asemenea modificare ar fi transformarea unui pacient obsesiv-compulsiv într-o persoană care nu-şi face griji, nu se teme de pericole, nu acordă atenţie detaliilor, nu se preocupă de calitatea muncii sale şi nu verifică ceea ce întreprinde.

Este evident că astfel de modificări nu sunt posibile şi adesea nici nu sunt de dorit.

2. Modificarea schemelor

Reprezintă un obiectiv accesibil şi presupune schimbarea unor aspecte ale schemei pentru a o determina să devină mai adaptată. Astfel, un subiect paranoid va învăţa să aibă încredere în câteva persoane, în loc să se îndoiască de toată lumea, iar obsesivul va putea să tolereze anumite imperfecţiuni şi să-şi acorde un moment de răgaz pentru relaxare.

3. Readaptarea schemelor

În cazurile mai dificile, terapeutul îl va ajuta pe pacient să conştientizeze strategiile dezadaptative şi să utilizeze schemele respective în situaţii în care acestea se potrivesc. Astfel, subiectul obsesiv-compulsiv ar putea profita de pe urma perfecţionismului său alegându-şi o profesie în care să acorde atenţie detaliilor, fără a fi presat de timp, cum ar fi cercetarea ştiinţifică, controlul activităţii celorlalţi sau contabilitatea.

4. Camuflarea schemelor

Se recurge la acest procedeu atunci când schema disfuncţională nu poate fi nici reconstruită, nici modificată, nici readaptată.

În astfel de cazuri, pacientul este ghidat să aplice modele comportamentale care disimulează schema. Astfel, pacientul schizoid poate părea mai sociabil dacă îşi modifică unele comportamente: îi va saluta pe ceilalţi, îi va privi în ochi, le va vorbi etc.

5. Rezistenţele la modificări terapeutice

În toate cazurile, contestarea validităţii schemei provoacă anxietate şi chiar ostilitate din partea pacienţilor.

Terapeutul îi va preveni în legătură cu aceste fenomene, explicându-le faptul că este normal să reacţioneze astfel.

Prezentăm în continuare dialogul dintre terapeut şi Delia, o traducătoare în vârstă de 37 de ani, cu tulburare de personalitate evitantă.

Delia: Nu mă pot schimba pentru că am fost totdeauna aşa. Dacă m-aş comporta altfel, m-aş simti şi mai speriată.

Terapeutul: Desigur, schimbările sunt totdeauna dificile. De cât timp te consideri o incapabilă? Ai 37 de ani, aşa că probabil de vreo 30 de ani, nu-i aşa?

Delia: La vârsta mea nu te mai schimbi.

Terapeutul: Acum am înţeles care este problema şi, dacă vom lucra împreună pentru a verifica adevărul opiniei pe care o ai despre tine şi dacă vom ajunge la concluzia că este vorba de o convingere greşită, crezi că ai putea încerca să te schimbi?

Delia: Cum să fac asta? Nu cred că a reuşit cineva să se schimbe cu adevărat.

Terapeutul: Când ai venit la psihoterapie erai atât de deprimată încât credeai că nu vei ieşi niciodată din starea ta. Acum te simti mai puţin tristă şi ţi-ai luat chiar câteva ore la facultate.

Delia: Este adevărat că mă simt ceva mai bine de vreo două luni încoace.

Terapeutul: Iată o dovadă a faptului că schimbările sunt posibile.

Delia: Poate că aveţi dreptate.

Terapeutul: Vom lucra împreună pentru a descoperi alte modalităţi de a vedea lucrurile, de a te comporta în lume, pentru a-ţi schimba opinia cu privire la persoana ta. Până la ora actuală ai fost convinsă că eşti incapabilă pe toate planurile. Va trebui să ajungi la concluzia că eşti la fel ca ceilalţi oameni: foarte capabilă în anumite domenii, moderat capabilă în alte domenii şi puţin sau deloc în altele.

Evidenţierea schemelor cognitive

Blackburn şi Cottraux (1988) prezintă o listă de metode cognitiv-comportamentale pentru evidenţierea schemelor cognitive în depresii, listă care este valabilă şi în cazul tulburărilor personalităţii:

- generalizarea pe baza exemplelor concrete;
- verbalizarea sensurilor implicite care apar în cadrul comunicării;
- evidenţierea regulilor personale de viaţă în cadrul inferenţelor automate;
- identificarea convingerilor de bază prin metoda săgeţii inversate.

Prezentăm mai jos un astfel de dialog realizat între terapeut şi Dan, artist plastic, diagnosticat cu tulburare de personalitate narcisică.

Terapeutul: Care este consecinţa faptului că Marina nu te admiră; ce reprezintă acest lucru pentru tine?

Dan: Că este o proastă şi că nu-i voi mai face onoarea să o frecventez.

Terapeutul: Presupunând că nu o vei mai frecventa, ce reprezintă aceasta pentru tine?

Dan: Voi avea sentimentul eşecului, deşi eu nu eşuez aproape niciodată.

Terapeutul: Ce sentimente vei trăi atunci?

Dan: De tristeţe sau ruşine, dar voi face tot posibilul ca acest lucru să nu se întâmple.

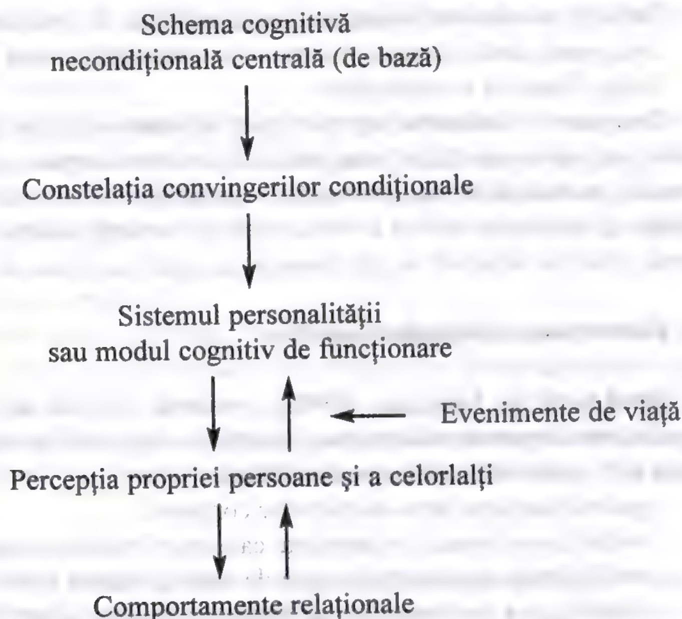
În urma acestui dialog rezultă:

Schema centrală necondiţională: inferioritate, ruşine. Schema condiţională: „dacă sunt admirat de toată lumea, în toate împrejurările, sunt o persoană valoroasă".

Metoda analizei funcţionale în terapia tulburărilor de personalitate

Se utilizează în cursul primelor trei sau patru şedinte de psihoterapie şi serveşte la conceptualizarea fiecărui caz în parte.

Terapeutul va porni de la baza schemei, respectiv de la analizarea comportamentelor relaţionale specifice interacţiunii pacient-terapeut, ajungând în mod progresiv la schema cognitivă necondiţională de bază.



Schema analizei funcţionale a tulburărilor de personalitate (după Blackburn şi Cottraux, 1995, p. 128)

Prezentăm, spre exemplificare, rezultatul analizării unei personalităţi narcisice.

Imagine de sine:

„sunt o persoană unică, specială şi superioară."

Perceperea lumii înconjurătoare:

„Sunt deasupra legilor şi regulilor sociale."

Comportament:

Strategie de bază:

- inflaţia ego-ului

Comportament:

- exigent cu ceilalţi, dispreţuitor, îi manipulează pe ceilalţi, se foloseşte de ei, competitiv.

Strategie supradezvoltată:

- egocentrism

Strategie subdezvoltată:

- empatie, împărtăşirea valorilor grupului, compasiune

Emoţii:

- agresivitate; sentimente de inferioritate şi umilinţă mascate

Schema condiţională:

- dacă nu sunt admirat totdeauna şi de către toată lumea, mi se face o nedreptate.

Schema necondiţională:

- numai persoanele inferioare nu sunt permanent admirate.

Parsons (1989) consideră că fiecare caz clinic prezintă o problematică structurată la două nivele:

• Nivelul manifest care se referă la sindroame (depresie, panică) şi la exprimarea psihologică a acestora (cogniţii, emoţii şi comportamente).

• Mecanismele care stau la baza lor.

Acestea reprezintă scheme sau structuri psihologice care le generează.

Încă de la primele întâlniri, terapeutul va căuta să surprindă aceste mecanisme psihologice care conferă coerenţă fiecărui caz clinic (convingeri, reguli personale, postulate, atitudini, scheme cognitive condiţionale şi necondiţionale, scheme dezadaptative timpurii).

Terapeutul cognitivist va trebui să-şi adreseze următoarele întrebări:

„Ce au în comun toate problemele pe care le prezintă pacientul?"

„Ce fel de convingeri nutreşte o persoană care se comportă astfel?"

„Care sunt temele umane care apar în conţinutul gândurilor negative automate?"

„Ce semnificaţie are problema principală?"

„Care sunt antecedentele şi consecinţele problemei-simptom?"

Verificarea răspunsului la aceste întrebări se realizează pe parcursul întregului demers psihoterapeutic.

Conceptualizarea problemelor trebuie să contribuie la explicarea comportamentului pacientului în timpul terapiei, precum şi la anticiparea dificultăţilor care pot surveni pe parcursul acesteia.

Reacţia pacientului faţă de conceptualizarea problematicii reprezintă un test de validitate pentru că, în cazul în care aceasta s-a realizat corect, el va declanşa reacţii emoţionale de mare amploare.

În cele din urmă, progresul terapiei reprezintă verificarea finală a justeţei conceptualizării cazului.

Prezentare de caz

Corina, o pacientă de 53 de ani, este divorţată de soţul ei, medic chirurg, şi are doi copii mari care locuiesc în provincie (la Sibiu şi Ploieşti). Pacienta a fost asistentă medicală şi s-a căsătorit la 23 de ani cu un student la medicină pe care l-a ajutat să-şi termine studiile.

Pacienta este pensionată medical (cu diagnosticul depresie majoră; personalitate evitantă) şi consacră mult timp actelor caritabile.

Aspecte clinice	*Depresie majoră* *Tulburare de personalitatede tip evitant*	*Nivele*
	Gânduri automate: Oamenii nu doresc compania mea; Îi agasez pe ceilalţi; Nu mai doresc să ies din casă; Mă tem că ceilalţi mă vor respinge. Comportamente: evită situaţiile sociale; cumpără prietenilor cadouri costisitoare.	Nivel manifest Nivel manifest
	Emoţii: depresie, anxietate Stări fiziologice: palpitaţii, diaree, tensiune musculară.	Nivel manifest
Evenimente declanşatoare Incidente importante din trecut	Divorţul Copiii au părăsit locuinţa şi vin rar în vizită. Este a treia fiică a unei familii care şi-a dorit foarte mult un băiat. La vârsta de 5 ani, când a fost grav bolnavă, a surprins o mătuşă afirmând: „din fericire este doar o fată, aşa că dacă se prăpădeşte nu va fi o tragedie chiar aşa de mare". Surorile ei mai mari erau mai frumoase, învăţau mai bine şi au urmat studii superioare. Totdeauna primea hainele vechi de la surorile ei.	Antecedente apropiate Antecedente îndepărtate
Schemă condiţională	„Dacă nu mă voi dovedi utilă, nimeni nu mă va dori". „Trebuie să fac cadouri celorlalţi pentru ca ei să mă accepte".	Mecanisme psihologice bazale
Scheme necondiţio-nale sau scheme dezadaptative timpurii	„Sunt o persoană lipsită de importanţă".	Mecanisme psihologice bazale

În acest caz, terapeutul va căuta temele generale (evitare socială, teama de a nu fi acceptată), precum şi evenimentele declanşatoare şi va constata că acestea sunt legate de ideea de dependenţă.

Vor fi identificate evenimentele importante din trecut, pacienta fiind solicitată să-şi relateze istoria vieţii.

În momentul în care se prefigurează posibilitatea unei formulări coerente, terapeutul o va prezenta pacientei sub forma unei diagrame de tipul următor (Blackburn şi Cottraux, 1995, p. 131):

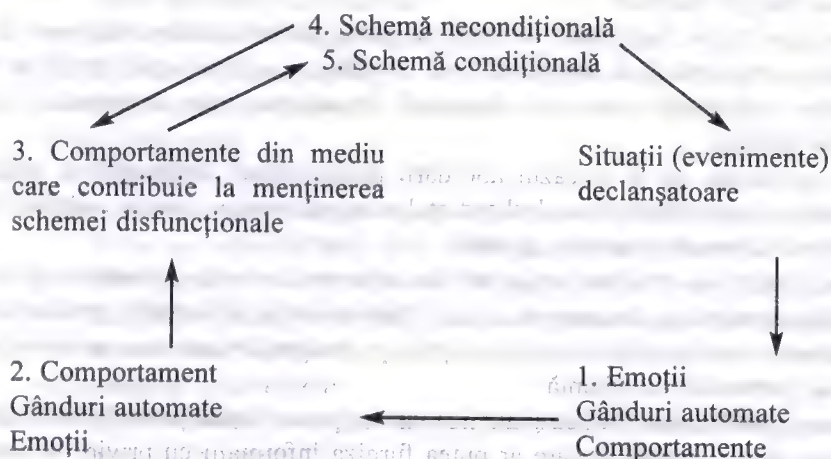


Diagrama sugerează pacientului că este vorba de un cerc vicios care menţine problema actuală, indicând în acelaşi timp şi liniile terapeutice care ar trebui urmate (cifrele indică ordinea intervenţiilor cognitive şi comportamentale).

Tehnici specifice terapiei cognitive a tulburărilor de personalitate

Young (1990) consideră că schemele cognitive pot fi evidenţiate în timpul şedinţei de psihoterapie sau în afara acesteia.

Evaluarea are ca obiectiv identificarea punctelor „cheie" care stau la baza problemei-pacientului şi realizarea unei sinteze asupra acesteia.

Blackburn şi Cottraux (1995) sunt de părere că utilizarea unor chestionare nu este neapărat necesară pentru succesul terapiei (Young utiliza Inventarul multimodal al istoriei de viaţă al lui Lazarus şi Lazarus, 1991, precum şi propriul său chestionar pentru identificarea schemelor cognitive).

Autorii menţionaţi consideră că autodezvăluirile făcute în cadrul colaborării dintre pacient şi psihoterapeut sunt preferabile, acestea aducând un plus de informaţii relevante, deoarece pacientul are nevoie de un suport afectiv atunci când se abordează aspecte delicate ale existenţei sale.

Terapeutul va evoca experienţe timpurii din copilărie, care se referă la relaţiile pacientului cu părinţii, cu alţi adulţi consideraţi persoane semnificative, precum şi cu alţi copii (fraţi, tovarăşi de joacă).

Spre deosebire de terapia cognitivă de scurtă durată, centrată pe simptome, în cazul abordării persoanelor cu tulburări de personalitate terapeutul va insista în mod special asupra psihotraumelor timpurii.

Schemele dezadaptative precoce s-au format în mare măsură înainte de dezvoltarea capacităţii de a verbaliza, acestea fiind stocate în memorie sub formă de senzaţii sau imagini mentale.

Din acest motiv, terapeutul va trebui să ceară pacientului să se relaxeze, să se imagineze pe sine copil şi să descrie tot ceea ce vede „cu ochii minţii". Astfel se vor putea obţine informaţii relevante imposibil de accesat prin intermediul unor mecanisme verbale.

De asemenea, ca şi în cazul abordării psihanalitice, terapeutul va analiza comportamentul pacientului în cadrul şedinţelor de psihoterapie pentru a obţine date în legătură cu schemele cognitive de bază.

Docilitatea sau tendinţa exagerată de supunere ar putea fi indicatorii unei personalităţi dependente, în timp ce evitarea răspunsurilor la întrebări, refuzul de a discuta despre anumite subiecte sau de a-l privi pe terapeut în ochi sunt semnele unei tulburări de personalitate evitantă.

Young (1990) consideră că şi analiza viselor poate fi utilă pentru identificarea acelor teme care se repetă şi care ar putea furniza informaţii cu privire la natura anxietăţilor subiectului.

Este necesară, de asemenea, identificarea situaţiilor actuale care au condus la declanşarea unor crize psihologice, precum şi a celor specifice perioadelor de remisiune, aceste elemente oferind indicaţii referitoare la etapele în care schemele cognitive sunt active sau latente.

Terapeutul trebuie să recurgă la un demers gradual, bazat pe încercări şi erori, pentru a pune în evidenţă caracteristicile schemelor fundamentale, dar şi ale celor secundare, mai ales că uneori schemele secundare reprezintă o cale de acces către cele fundamentale.

Demersul evaluativ se va încheia cu o conceptualizare coerentă a problematicii pacientului.

Prezentare de caz

Dorina, 31 de ani, profesoară de muzică, necăsătorită şi mama unei fetiţe de 7 ani.

Comportament

- Succes profesional: este o foarte bună profesoară, elevii ei au obţinut numeroase premii internaţionale; a dat câteva recitaluri de pian bine apreciate de public şi criticii de artă.

- Îi ajută pe toți prietenii să-și rezolve problemele.
- Nu are curajul să aibă prieteni prea apropiați.
- Se comportă diferit cu persoane diferite.
- Întreține relații sexuale fără viitor.

Gânduri automate

„Nu știu prea bine cine sunt eu".
„Nu sunt o persoană sinceră".
„Nu am identitate bine precizată".
„Sunt de fapt o bună actriță".
„Fac ceea ce doresc ceilalți să fac".
„Sunt o persoană slabă".
„Nu am nici o valoare".

Stări emoționale

Depresie; mânie.

Evenimente importante din trecut

A fost un copil răsfățat, fiind preferată de părinți pentru că era frumoasă, inteligentă și învăța mai bine decât sora ei. Când avea 11 ani, un prieten al familiei a abuzat de ea. Pacienta nu a spus nimic părinților care țineau mult la persoana respectivă.

Convingeri condiționale

„Dacă oamenii m-ar cunoaște cu adevărat, ei și-ar da seama că nu sunt o persoană valoroasă".
„Dacă nu voi face ceea ce doresc ceilalți de la mine, ei mă vor părăsi și voi rămâne complet singură".

La începutul terapiei, terapeutul va identifica schemele cognitive posibile, evidențiate și discutate cu pacienta; nivelul manifestărilor emoționale nu este suficient de puternic pentru a evidenția o schema fundamentală (de bază).

Schema de bază este de fapt „sunt o persoană rea", schema secundară – „nu am valoare personală", iar cea asociată – „eu nu pot fi iubită".

Schema de bază (aceea care presupune că este o ființă rea) își avea originea în experiența din copilărie. Pacienta știa că nu este atât de „bună" cât considerau părinții și profesorii, ea acceptând laudele acestora, convinsă că nu le merită.

Comportamentul ei era, din punctul său de vedere, bazat pe disimulare și minciună.

Abuzul sexual suferit în copilărie îi confirma acest lucru: trebuie să fi fost o persoană foarte rea dacă i s-a putut întâmpla așa ceva. Mai mult, faptul că ea a ascuns părinților cele petrecute reprezenta o dovadă în plus că este o ființă rea.

Pentru ca pacientul să-și identifice mai ușor schema cognitivă i se poate propune realizarea unui formular de completare de fraze (Blackburn și Cottraux, 1995, p. 135):

A. Eu însumi:
Eu sunt...
Ceilalţi cred că eu sunt ...
B. Ceilalţi:
Oamenii sunt ...
Relaţiile mele cu ceilalţi ...
C. Lumea:
Lumea este ...
Viaţa mea este ...

Padesky (1990) este de părere că schemele cognitive timpurii pot fi considerate un fel de prejudecăţi, această abordare fiind foarte utilă în psihoterapie.

Autorul consideră că această metodă nu trebuie utilizată decât atunci când pacientul stăpâneşte deja conceptele terapiei cognitive: identificarea gândurilor automate, a stărilor emoţionale, a modificărilor fiziologice şi a evenimentelor stresante.

De asemenea, pacientul trebuie să fie capabil să modifice gândurile automate şi să le înlocuiască cu altele, mai raţionale. El trebuie să stăpânească aceste abilităţi şi să aibă încredere în psihoterapeut pentru a putea face faţă emoţiilor puternice care se declanşează la confruntarea cu schema cognitivă.

Terapeutul va modifica apoi cursul terapiei, explicând în termeni simpli teoria prelucrării informaţiilor şi modul în care schemele cognitive sunt menţinute în ciuda evidenţei care le contrazice.

Exemplificarea prin intermediul prejudecăţilor facilitează înţelegerea acestui mecanism deoarece orice individ ştie ce înseamnă o prejudecată.

Spre exemplificare, prezentăm un dialog între o pacientă şi terapeut:

T: Sunt convins de faptul că ştiţi ce este o prejudecată. Cunoaşteţi probabil persoane care au prejudecăii cu care nu sunteţi de acord (terapeutul va trebui să aleagă o astfel de prejudecată cu care pacientul său să nu fie de acord).

P: Da, prietena mea Despina crede că toţi bărbaţii sunt egoişti şi infideli.

T: Atunci când Despina întâlneşte un bărbat pe care îl cunoaşteţi amândouă, şi care îşi înşeală soţia, ce spune ea?

P: Era de aşteptat! Toţi sunt la fel. Nu poţi avea încredere în ei, pentru că profită de orice ocazie pentru a-şi înşela nevasta.

T: Dar ce spune Despina atunci când întâlneşte totuşi un bărbat care nu pare egoist şi infidel? S-a întâmplat şi aşa ceva, nu?

P: Desigur. Atunci ea spune: „este o excepţie care confirmă regula" sau „acesta este *mai* abil decât ceilalţi; probabil că ascunde ceva".

T: Despina pare absolut convinsă de ceea ce *spune*. De ce nu eşti de acord cu ea?

P: Pentru că are o prejudecată şi vede numai ceea ce doreşte să vadă.

T: Exact! Ea alege doar acele fapte care îi confirmă opiniile. În cazul în care un bărbat se dovedeşte a fi infidel, este bine, pentru că datele realităţii sunt în concordanţă cu părerile ei. Ce face ea atunci când faptele îi contrazic opiniile?

P: De cele mai multe ori le ignoră sau susţine că excepţia confirmă regula.

T: Ce ai putea întreprinde pentru a o ajuta să-şi modifice această concepţie cu aspect prea generalizator?

P: I-aş putea atrage atenţia asupra tuturor bărbaţilor fideli pe care îi cunoaştem. Aş putea să-i prezint prieteni de-ai mei, dar probabil că i-ar evita. Ea respinge evidenţa.

T: Ei bine, de ce crezi că am discutat despre prejudecăţi?

În acest moment pacienta conştientizează faptul că atitudinile ei sunt comparate cu prejudecăţile.

Utilizarea metaforelor

Aşa cum am mai subliniat, schemele disfuncţionale timpurii se formează la o vârstă fragedă, când structurile verbal-logice nu sunt încă bine consolidate.

Din acest motiv, metaforele terapeutice sunt deosebit de utile pentru a-l determina pe subiect să înţeleagă modul de formare şi funcţionare a schemelor cognitive şi pentru a-l ajuta să le modifice.

Metaforele trebuie alese în funcţie de structura psihică a pacientului, de istoria vieţii acestuia, precum şi de nivelul său de cultură.

Prezentăm în continuare câteva exemple de metafore terapeutice:

- o schema cognitivă disfuncţională seamănă „cu nişte ochelari care deformează realitatea;
- modificarea unei scheme dezadaptative seamănă cu „vizitarea unei ţări străine, unde oamenii gândesc şi acţionează altfel;
- Young (1990) compară schema cognitivă precoce cu un virus care se activează din când în când, terapeutului revenindu-i rolul de a-l ajuta pe pacient să obţină imunitatea.

Terapeutul trebuie să-şi aleagă cu atenţie termenii pentru a nu trezi anxietatea pacientului şi pentru a nu întări ideea acestuia că este o persoană anormală.

O altă modalitate de abordare a pacienţilor cu tulburări de personalitate constă în explicarea faptului că modul lor de comportament a fost util şi adaptativ în copilărie, dar la vârsta adultă această utilitate a dispărut. Astfel, un copil maltratat de părinţi a învăţat să nu aibă încredere în oameni şi să evite contactele sociale, comportament care se dovedeşte mai târziu dezadaptativ.

În cazul terapiei cognitiv-comportamentale a tulburărilor de personalitate, durata acesteia este mai mare (1-2 ani) şi e preferabil să se lase un interval mai lung între şedinţe; este recomandabilă o şedinţă de psihoterapie la două săptămâni sau chiar la o lună (Blackburn şi Cottraux, 1995).

O şedinţă de psihoterapie va dura între 40 şi 60 de minute.

În cazul tulburărilor de personalitate evitantă şi dependentă este de dorit ca frecvenţa şedintelor să fie mai mare, deoarece aceşti pacienţi au o nevoie crescută de suport afectiv.

Psihoterapia are un caracter educaţional, progresul realizându-se în etape succesive, iar obiectivele acesteia trebuie modificate pe parcurs.

Terapeutul trebuie să adopte în permanenţă o atitudine calmă de încurajare şi optimism, sarcina sa cea mai dificilă fiind să demonstreze pacientului faptul că schimbarea este posibilă.

Acesta va trebui să structureze foarte bine terapia, fixând un plan şi o ordine de zi pentru fiecare şedinţă de psihoterapie, spre a face faţă avalanşei de probleme şi crize pe care le declanşează pacienţii cu tulburări de personalitate.

Tehnicile utilizate sunt cognitive, afective, interpersonale şi comportamentale.

Structura terapiei este următoarea (Cottraux si Blackburn, 1995):

1. Identificarea problemelor şi simptomelor în cursul interviului de evaluare.

2. Explicarea principiilor terapiei, insistându-se în mod special asupra conceptului de schema cognitivă.

3. Activarea schemelor în timpul şedinţelor de terapie şi în afara acestora prin:

- tehnica imaginaţiei dirijate;
- discutarea modului în care au acţionat evenimentele perturbatoare în trecut şi în prezent;
- analizarea unor aspecte specifice ale relaţiei psihoterapeutice;
- trasarea unor sarcini pentru acasă.

4. Identificarea atitudinilor de menţinere, evitare sau compensare a schemelor cognitive disfuncţionale.

5. Integrarea informaţiilor obţinute într-o conceptualizare coerentă, prin conectarea experienţelor din copilărie cu cele actuale, cu stările emoţionale şi cu elementele care rezultă din relaţia terapeutică.

6. Solicitarea de feed-back-uri din partea pacientului.

7. Încercarea de a clasifica schemele cognitive în scheme primare, secundare şi asociate.

8. Stabilirea unui plan de intervenţie terapeutică.

Tehnicile cognitive

Sunt asemănătoare celor utilizate în cadrul terapiei cognitiv-comportamentale de scurtă durată, ele suferind adaptări în funcţie de specificul schemelor cognitive la pacienţii cu tulburări de personalitatea: rigiditatea, persistenţa şi caracterul lor global.

Terapeutul trebuie să evite comentariile asupra gradului de veridicitate a schemelor cognitive şi să utilizeze cu prudenţă întrebările cu caracter inductiv şi dialogul socratic.

1. Tehnica argumentării

Terapeutul şi pacientul vor trece în revistă datele, acumulate de-a lungul anilor, care ilustrează opinia pacientului despre el însuşi. Pacientul poate prezenta uneori liste lungi de fapte, dar cel mai adesea credinţele s-au format doar pe baza unui număr limitat de incidente sau situaţii.

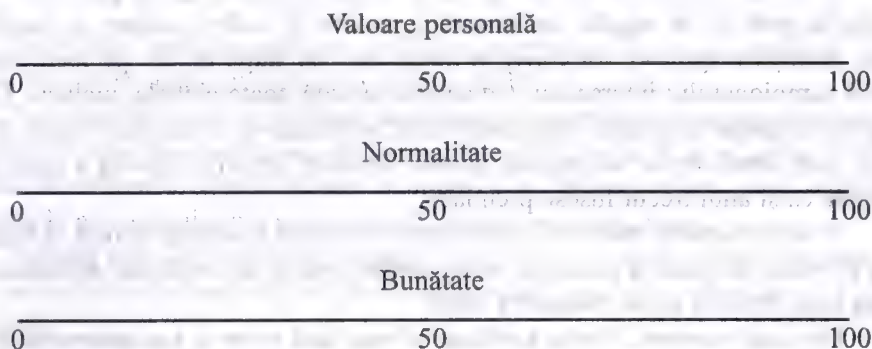
După ce au fost adunate argumentele în favoarea schemei, se trece la identificarea celor care o vor infirma. Terapeutul va conduce discuţiile de asemenea manieră încât să-l convingă pe pacient că a nesocotit argumentele împotriva schemei cognitive, ca şi în cazul prejudecăţilor.

Va fi utilizată, de asemenea, metoda definirii termenilor. Terapeutul va discuta cu pacientul semnificaţia unor noţiuni ca: o persoană incapabilă, una care nu merită afecţiune, o persoană „bună" sau o persoană „rea".

Odată obţinute de la pacient definiţii cât mai exacte, se vor reanaliza argumentele pro şi contra şi se va demonstra modul în care schemele cognitive contribuie la filtrarea informaţiilor.

2. Metoda evaluării pe o scală gradată

După ce s-a stabilit ce înseamnă o persoană de valoare şi o persoană care nu valorează nimic, terapeutul îl va instrui pe pacient să elaboreze nişte scale de la 0 la 100 pe care să noteze diverse aspecte cum ar fi: bunătate, normalitate, valoare personală etc., cerându-i apoi să-şi stabilească locul pe care crede că îl ocupă pe scală sub raportul particularităţilor evaluate.



Terapeutul va descompune apoi fiecare noţiune în elementele ei componente aşa cum au rezultat în urma definiţiilor elaborate şi îl va ajuta pe pacient să analizeze fiecare componentă.

Prezentare de caz

Elvira, studentă la psihologie, în vârstă de 23 de ani, se prezintă la psihoterapie pentru un episod depresiv cu idei suicidare. Pacienta a mai avut un astfel de

episod în urmă cu trei ani, când a intrat la facultate şi a trebuit să locuiască la cămin, în Bucureşti. O colegă de facultate a decedat într-un accident de circulaţie.

Elvira obţine în sesiunea din vară note mediocre: 6 şi 7, iar părinţii îi reproşează faptul că nu s-a străduit mai mult. Aceasta declanşează următoarele gânduri negative automate:

„Ar fi trebuit să muncesc mai mult."

„Nu am ajutat-o pe colega mea care a murit să-şi facă lucrarea de licenţă."

Al doilea episod depresiv s-a instalat în vacanţa de Crăciun, când Elvira s-a aflat din nou acasă, împreună cu familia, care este foarte religioasă. Discutând despre acest subiect, Elvira afirmă că „doar persoanele nevrozate merg la biserică".

În această perioadă, gândurile ei negative sunt următoarele:

„Sunt o fiinţă nesinceră."

„Dacă ceilalţi m-ar cunoaşte cu adevărat, nu ar dori să aibă de-a face cu mine."

Abordarea tulburărilor ei emoţionale (depresie şi anxietate) a scos în evidenţă schema secundară: „sunt o persoană inferioară".

Analizând experienţele din copilărie, terapeutul a evidenţiat o tematică majoră legată de faptul că Elvira se considera o fiinţă rea. Când pacienta avea 9 ani, fratele unei prietene a murit tot într-un accident de circulaţie, iar fetiţele din grupul de joacă i-au spus că este prea dură şi că nu manifestă suficientă simpatie pentru sora victimei. Acestea nu i-au vorbit o anumită perioadă şi Elvira s-a simţit izolată. De atunci, pacienta s-a concentrat doar asupra învăţăturii şi a refuzat să mai facă parte din vreun grup de prieteni.

Elvira şi-a mai amintit un episod petrecut în timpul şcolii generale: ea nu excela la sport şi, de regulă, era trecută la rezerve în cadrul echipei de handbal a clasei. Echipa respectivă s-a clasat pe locul trei, iar după un an, pe locul întâi în cadrul campionatului interşcolar. Cu această ocazie, toate elevele, inclusiv Elvira, au primit diplome şi premii. Directorul şcolii a felicitat-o, remarcând faptul că este prima dată când obţine un premiu pentru activităţi sportive. Elvira a replicat cu mândrie că şi anul trecut fusese premiată.

În acel moment, mama ei, profesoară de română la aceeaşi şcoală, a fulgerat-o cu privirea, iar acasă a criticat-o aspru pentru lipsa ei de modestie, spunându-i că o fată bine crescută nu se comportă astfel.

Din acel moment, Elvira a refuzat să mai facă sport şi s-a concentrat şi mai mult asupra lecţiilor, rămânând cu convingerea disfuncţională că este o persoană rea (a apreciat că este convinsă de acest adevăr în proporţie de 95%).

Terapeutul a solicitat-o să evalueze cu ajutorul aceleiaşi scale părinţii, sora, pe prietenul ei, precum şi anumite personaje istorice care ar putea personifica răutatea şi bunătatea. Elvira l-a apreciat pe Isus ca fiind 100% bun, iar pe Hitler la 0, aşa cum s-a evaluat şi pe ea însăşi.

Terapeutul i-a cerut să se reevalueze şi atunci ea s-a plasat la 20% bunătate, atribuindu-şi un punctaj inferior faţă de acela al tuturor persoanelor cunoscute.

Întrebată fiind unde ar dori să se situeze sub aspectul bunătăţii, pacienta a indicat 75%.

Elvira a definit faptul că este o persoană „rea“ prin intermediul următoarelor aspecte: este nerăbdătoare şi se enervează repede, este uneori sarcastică, nutreşte resentimente faţă de mama ei care nu-i doreşte decât binele, îşi supraapreciază inteligenţa.

Terapeutul a ajutat-o să alcătuiască scale gradate pentru fiecare dintre aceste trăsături:

0	50	100
Foarte nerăbdătoare		Niciodată nerăbdătoare

0	50	100
Foarte nervoasă		Niciodată nervoasă

0	50	100
Excesiv de mândră de inteligenţa ei		Îi este jenă de faptul că este o persoană inteligentă

Evaluările analitice realizate de Elvira au plasat-o în jurul valorii de 60%, ceea ce nu corespundea cu estimarea iniţială de 20% bunătate.

Terapeutul trebuie să-i explice pacientului că estimările cu caracter global, ţin mai mult de aspectele emoţionale ale subiectului şi mai puţin de cele logice, datorită faptului că schemele disfuncţionale timpurii s-au format atunci când abilităţile intelectuale ale copilului nu erau încă suficient de bine structurate.

Această metodă s-a dovedit deosebit de eficientă pentru că, prin exersare, l-a ajutat pe pacient să ajungă la judecăţi de valoare mai nuanţate, referitoare la sine şi la ceilalţi.

3. Reinterpretarea unor experienţe din copilărie

Informaţiile care au contribuit la formarea schemelor dezadaptative timpurii pot fi invalidate prin intermediul procesului de reatribuire, ele fiind analizate din perspectiva unui adult şi nu a unui copil. Pacientul ajunge astfel la concluzia că exigenţele stabilite de părinţi sau de alte persoane semnificative nu capătă un caracter universal valabil.

Cu ajutorul subiectului, terapeutul va reanaliza atitudinile şi comportamentele fiecărui membru al familiei, determinându-l pe pacient să-şi formeze o viziune mai realistă referitoare la interacţiunile din copilărie.

În cazul Elvirei, s-a constatat faptul că ambiţiile nerealizate ale mamei sale de a deveni cadru universitar au determinat-o pe aceasta să-şi forţeze fetele să aibă rezultate şcolare cât mai bune, în detrimentul altor aspecte ale vieţii. Este important ca terapeutul să nu blameze pe nimeni, ci doar să-l ajute pe pacient să înţeleagă faptele petrecute şi să adopte o atitudine mai tolerantă care să conducă la ameliorarea relaţiilor sale cu membrii familiei.

4. Utilizarea unor cartele care să-i amintească pacientului în permanenţă care sunt problemele sale şi ce are de făcut

Acestea se folosesc mai ales atunci când demersul psihoterapeutic pare să intre în impas. O astfel de cartelă utilizată în cazul Elvirei a avut următorul conţinut:

- Identificarea stărilor emoţionale:

„Mă simt foarte vinovată pentru că i-am rănit pe prietenii mei." (Pacienta va nota evenimentul declanşator.)

- Identificarea schemei disfunctionale:

„Sunt conştientă de faptul că s-a activat vechea mea schema că sunt o persoană rea, ceea ce îmi întăreşte convingerea neîntemeiată că am făcut ceva rău."

- Testarea realităţii:

„Chiar dacă mă simt foarte vinovată, nu am făcut nimic îngrozitor"; „părinţii şi prietenii s-au simţit decepţionaţi pentru că mi-am luat soarta în propriile mâini şi am refuzat să mă mai las ajutată".

- Inferenţe cu efecte asupra comportamentului:

„Deşi m-am decis să-mi iau viaţa, nu am reflectat suficient, deoarece nu am ţinut seama de faptul că am o datorie de îndeplinit în lumea aceasta".

Aceste cartele pot avea şi un conţinut mai simplu, ele cuprinzând autocomenzi care îl ajută pe pacient să se distanţeze de o anumită situaţie ca de pildă:

„Cred de 25 de ani că nu am nici o valoare personală. Ştiu că acest lucru nu este adevărat pentru că în ultimele trei săptămâni am alcătuit lista cu acţiunile utile şi valoroase pe care le întreprind mereu".

Tehnici afective

Acestea au drept obiectiv modificarea schemelor cognitive disfuncţionale, pornind de la abordarea unor aspecte de natură emoţională. Ele sunt împrumutate de la „gestalt terapie", precum şi de la terapia comportamentală şi presupun jocuri de rol inspirate de situaţii prezente sau trecute, în cadrul cărora se poartă conversaţii imaginare cu părinţii sau cu alte persoane semnificative din viaţa pacientului.

1. Jocul de rol cu caracter imploziv asupra trecutului

Gândurile pe care pacientul le atribuie părinţilor săi pot să nu fie adevărate, dar pot avea o bază reală în cazul în care aceştia şi-au exprimat clar atitudinea faţă

de el. Terapeutul îi va cere pacientului să joace în plan mental, în stare de relaxare, scene din viaţa de familie pe care le consideră semnificative.

Terapeutul va juca rolul părintelui, iar pacientul pe cel de copil, după care rolurile se inversează pentru că pacientul nu este încă în stare să joace cu suficientă autenticitate rolul de adult-copil.

Jocurile de rol directe şi inversate continuă până când pacientul se consideră satisfăcut de modul în care şi-a exprimat punctul de vedere, precum şi de faptul că a înţeles ceea ce se petrece. Exerciţiul trebuie să se încheie cu terapeutul în rolul unuia dintre părinţi şi pacientul în ipostaza de copil.

Această metodă este utilă mai ales în cazul subiecţilor care prezintă dificultăţi în exprimarea deschisă a stărilor emoţionale şi care au suferit psihotraume în copilărie.

Jocul de rol inspirat din trecut poate declanşa emoţii deosebit de puternice care nu sunt recomandate pentru pacienţii cu tulburare de personalitate de tip „borderline", caracterizaţi printr-o hiperactivitate emoţională.

Prezentăm, mai jos, un fragment din cadrul jocului de rol în care psihoterapeutul joacă rolul mamei Elvirei.

Terapeutul: Elvira, te-ai purtat foarte urât. O fetiţă bine crescută nu reacţionează aşa atunci când primeşte un premiu.

Elvira: Nu am făcut decât să-i dau directorului o informatie exactă, mamă.

T: Nu ai făcut decât să te lauzi.

E: M-am simţit foarte mândră de faptul că echipa noastră de handbal a ieşit pe primul loc.

T: Ţi-am mai spus o dată, este vorba numai de orgoliu.

E: Şi celelalte fete s-au simţit mândre şi fericite. Crezi că şi ele sunt rele?

T: Eu nu vorbesc de celelalte fete, ci de tine.

E: Vrei să spui că eu nu fac decât lucruri rele, că sunt o fată rea sub toate aspectele?

T: Elvira, ştii bine că nu am vrut să spun aşa ceva. Am vrut doar să-ţi atrag atenţia că lăudăroşenia nu este o calitate. Nu mai plânge. Cred ca am fost prea severă. De fapt, am obosit din cauza acestor competiţii. Ştii că nu-mi place sportul.

Terapeutul va trebui să adune cât mai multe informaţii pentru a fi sigur că opiniile exprimate de el în timpul jocului de rol sunt apropiate de acelea formulate de mama pacientei.

2. Diagrama cauzelor unor situaţii şi responsabilitatea persoanelor

Tatiana, în vârstă de 21 de ani, studentă la Litere din Republica Moldova, a fost diagnosticată cu „episod depresiv major, pe fondul unei personalităţi distimice". Pacienta a fost internată la secţia de psihiatrie din cadrul spitalului studenţesc şi a pierdut anul universitar, nefiind capabilă să promoveze nici un examen.

Tatiana mai avea doi fraţi mai mici şi provenea dintr-o familie cu venituri foarte modeste. Mama ei se plângea adesea de faptul că nu a dorit-o, că fetiţa i-a stricat viaţa şi că s-a căsătorit cu tatăl ei doar pentru că rămăsese însărcinată cu Tatiana. Tatăl, muncitor în construcţii, era alcoolic, violent şi se afla în şomaj.

Tatiana a dezvoltat o schema cognitivă precoce: „nu am nici o valoare personală" şi o schema secundară: „nimeni nu are nevoie de mine".

Terapeutul a analizat împreună cu pacienta problemele din cadrul familiei, căutând răspunsuri la umătoarele întrebări: „Cum s-a desfăşurat viaţa mamei Tatianei?"; „A avut ea şi perioade fericite?"; „Era familia mai săracă decât celelalte familii din cartier?"; „Cum era tatăl pacientei?"; „Cum erau fraţii ei?".

În urma examinării detaliilor, a rezultat faptul că mama Tatianei nu era chiar atât de nefericită cum se credea. Ea îşi iubea soţul, în ciuda viciului său, se descurca financiar la fel ca toată lumea din cartier, iar copiii erau foarte reuşiţi: Tatiana a primit o bursă de studii în România, unul dintre băieţi a obţinut premii internaţionale la matematică, iar celălalt activa la cel mai mare club sportiv din capitală. Pe baza datelor obţinute, împreună cu pacienta, a fost alcătuită diagrama cauzelor dificultăţilor cu care se confruntă mama Tatianei.

Adevăratele motive ale nefericirii mamei au fost evidenţiate prin intermediul dialogului socratic.

Prezentăm, mai jos, diagrama realizată de Tatiana:

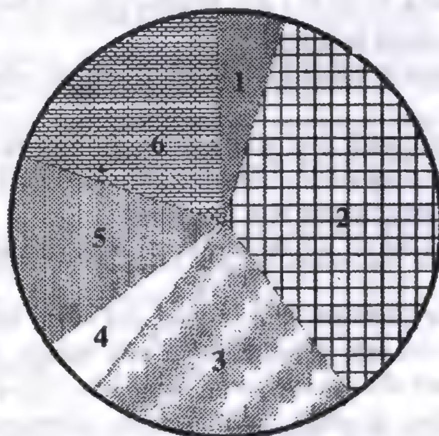


Diagrama cauzelor nefericirii mamei pacientei

1 – 5% comportamentul Tatianei
2 – 35% alcoolismul soţului
3 – 20% condiţiile socio-economice din ţară
4 – 5% căsătoria contractată împotriva voinţei părinţilor
5 – 15% şomajul soţului
6 – 20% trăsăturile depresive ale mamei

Datorită acestei diagrame, Tatiana a putut să conştientizeze faptul că responsabilitatea ei pentru nefericirea mamei este nesemnificativă.

În continuare, terapeutul va conduce jocuri de rol în cadrul cărora Tatiana va purta dialoguri imaginare cu mama sa şi îi va comunica faptul că i-a subminat stima de sine.

3. Tehnica avocatului „schemei cognitive"

După aplicarea metodelor şi tehnicilor de evidenţiere şi modificare a schemei cognitive disfuncţionale, terapeutul va utiliza o tehnică pentru a verifica dacă modificările au avut loc cu adevărat. Acesta va juca rolul „avocatului diavolului", aducând argumente în favoarea schemei cognitive, iar pacientul va trebui să-şi apere noile convingeri cu caracter adaptativ.

În cazul nostru, Tatiana a fost solicitată să identifice cât mai multe contraargumente la următoarea afirmaţie făcută de terapeut.

T: Tatiana, nu ar fi trebuit să te naşti. Nu ai nici o valoare şi nimeni nu are nevoie de tine!

O astfel de abordare declanşează reacţii emoţionale foarte ample, adesea pacientul blocându-se şi neputând găsi contraargumentele solicitate.

În cazul în care se produce acest fenomen, se vor inversa rolurile şi terapeutul va fi cel care va aduce argumente în favoarea noii scheme cognitive.

Uneori, în timpul jocurilor de rol, pacientul poate exprima sentimente de ostilitate împotriva vechilor scheme disfuncţionale care i-au transformat existenţa într-un calvar. Această distanţare este considerată benefică, deoarece îl ajută pe pacient să-şi considere schema ca pe o convingere eronată care nu-i aparţine şi împotriva căreia trebuie să lupte pentru a o depăşi.

Tehnici interpersonale

1. Utilizarea relaţiei psihoterapeutice

Aceasta reprezintă una dintre tehnicile cele mai eficiente de modificare a schemelor cognitive disfuncţionale timpurii. În timpul şedinţelor de psihoterapie, terapeutul va trebui să observe cu atenţie orice semn care poate evidenţia procesul de declanşare a schemei:

- apariţia unor stări emoţionale foarte puternice poate reprezenta un indicator al declanşării gândurilor negative automate care au legătură cu psihoterapia;
- pacientul poate manifesta o dependenţă excesivă faţă de terapeut, cerându-i acestuia să ia decizii în locul lui chiar în probleme care nu au legătură cu psihoterapia;
- absenţele sau întârzierile de la şedinţele de terapie pot reprezenta indicatorul unei scheme de tip evitant;
- insistenţa exagerată asupra succeselor personale evidenţiază o personalitate narcisică etc.

În cazul în care schema cognitivă disfuncţională se manifestă în cadrul unei şedinţe de psihoterapie, terapeutul o va analiza şi va pune în discuţie gradul ei de veridicitate. El va trebui să manifeste o atitudine empatică, bazată pe înţelegere, pentru a-l ajuta pe pacient să-şi recâştige stima de sine. În acelaşi timp însă, este necesar ca terapeutul să fixeze limite clare în relaţiile cu pacientul, menţinând o atitudine profesională, obiectivă, interogativă şi directivă, mai ales în cazul tulburărilor de personalitate narcisică şi antisocială.

Pacienţii dependenţi se tem permanent de faptul că terapeutul îi va abandona. În cazul în care acesta lipseste de la şedinţa de psihoterapie dintr-un motiv sau altul, subiecţii se vor simţi dezamăgiţi şi vor interpreta absenţa ca pe o dovadă incontestabilă că nu pot conta pe ajutorul terapeutului atunci când au nevoie.

Asemenea temeri trebuie discutate în mod deschis; e de dorit ca terapeutul să-l prevină pe pacient că va absenta şi să-i atragă atenţia că va declanşa reacţii specifice schemei sale cognitive.

2. Psihoterapia de grup

Aceasta s-a dovedit deosebit de utilă mai ales în cazul pacienţilor care prezintă deficienţe în sfera relaţiilor interpersonale.

Linehan (1993) a utilizat cu succes psihoterapia cognitiv-comportamentală individuală şi de grup cu pacienţi ce sufereau de tulburări de personalitate de tip „borderline", autorul denumindu-şi modelul terapeutic „terapie dialectic-comportamentală". Acesta include următoarele strategii:

- antrenarea comportamentului eficient în relaţiile interpersonale (managementul conflictelor, antrenament asertiv);
- autocontrolul emoţiilor;
- autocontrolul reacţiilor dezadaptative la situaţii stresante: abuz de alcool, droguri, comportamente parasuicidare;
- dezvoltarea autoobservaţiei.

Pacienţii cu tulburări de personalitate au adesea relaţii interpersonale dificile, instabile şi conflictuale şi, din acest motiv, este necesar ca terapeutul să lucreze nu numai cu pacientul în cauză, ci şi cu una sau mai multe persoane semnificative din anturajul acestuia.

Tehnici comportamentale

La fel ca şi în cazul terapiei cognitive de scurtă durată, terapeutul va trebui să acţioneze şi la nivel comportamental, fie pentru a culege date menite să invalideze schema cognitivă, fie pentru a modifica modelele de comportament care contribuie la mentinerea acesteia.

Sarcinile gradate şi testele comportamentale pentru verificarea veridicităţii schemei cognitive disfuncţionale

Pacientul care evită să-şi facă prieteni de teama de a nu fi abandonat va fi îndrumat să adopte un comportament mai sociabil, acceptând să petreacă o seară

împreună cu prietenii pentru a verifica modul în care este tratat de aceştia. Pacientul dependent, care se teme să spună „nu" şi care face tot ceea ce îi cer ceilalţi, va învăţa treptat să refuze şi va verifica dacă ceilalţi îl resping total din acest motiv. Perfecţionistului i se va cere să-şi elaboreze un program de distracţii şi să petreacă mai puţin timp cu revederea lucrărilor sale sau cu dereticatul în casă, verificând avantajele acestui tip de comportament şi constatând comentariile favorabile ale celor din jur.

Tehnica întăririlor

Terapeutul va întări chiar cel mai mic progres realizat de pacient în timpul terapiei prin feed-back-uri pozitive şi va utiliza întăririle spontane care pot să apară în afara şedinţelor de psihoterapie. Astfel, o pacientă perfecţionistă a fost surprinsă şi chiar iritată de faptul că soţul şi copiii nu remarcaseră că ea pierdea mult mai putin timp cu ordinea şi curăţenia. Când le-a atras atenţia membrilor familiei asupra acestui lucru, răspunsul lor a fost următorul: „Am observat şi noi, dar nu am îndrăznit să-ţi spunem, pentru că este mult mai bine aşa. În felul acesta măcar putem să-ţi vorbim."

Tehnici de consolidare a noilor scheme cognitive adaptative

După ce vechile scheme vor fi identificate, puse în discuţie şi modificate, terapeutul va trebui să lucreze împreună cu pacientul la consolidarea noilor scheme. El va utiliza metoda evaluărilor continue, metoda jurnalelor experienţelor pozitive şi metoda predicţiilor pentru viitor.

Jurnalul experienţelor pozitive

Terapeutul îi va atrage atenţia pacientului asupra faptului că ani de zile nu a făcut decât să adune fapte cu conţinut negativ. Acum sosise momentul să procedeze invers, şi anume să caute dovezi în sprijinul noii scheme adaptative (de pildă: „sunt o persoană normală"; „sunt la fel ca toată lumea"; „ceilalţi ţin la mine"), pe care să le noteze într-un caiet.

Elementele pozitive vor fi examinate pe parcursul mai multor sedinţe de psihoterapie, terapeutul asigurându-se de faptul că nici un fapt pozitiv nu a fost ignorat.

Tehnica predicţiilor pentru viitor

Terapeutul îl va instrui pe pacient să formuleze un număr de predicţii de tipul „dacă – atunci" şi să urmărească modul în care acestea se îndeplinesc. În cazul în care predicţiile nu se adeveresc, pacientul va nota emoţiile, gândurile automate negative şi va evalua, pe o scală gradată, cât de mult credit acordă convingerilor ce ţin de vechea schemă cognitivă, precum şi celor specifice noii scheme cognitive adaptative.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală a tulburărilor de personalitate excentrică şi bizară

Aşa cum am mai precizat, în această categorie intră acei pacienţi care prezintă dificultăţi în relaţiile cu cei din jur datorită unui deficit la nivelul funcţiei de testare a realităţii, fără însă a întruni criteriile pentru a fi în încadraţi în grupa psihozelor. Aici sunt incluse personalităţile schizoidă, paranoidă şi schizotipală.

Cottraux (1995) prezintă câteva aspecte speciale ale terapiei cognitiv-comportamentale pentru pacienţi schizotipali.

Tulburarea de personalitate schizotipală se caracterizează printr-o inadaptare cu caracter general la relaţiile interpersonale şi bizarerii în privinţa ideilor şi comportamentului. Aceste particularităţi se structurează la vârsta adultă şi se manifestă în domenii foarte diferite de viaţă.

Strategiile supradezvoltate sunt credinţe magice legate de comploturi malefice pe care pacientul crede că le identifică pe baza unor scheme numai de el ştiute.

Strategiile subdezvoltate sunt reprezentate de gândirea logică şi de capacitatea de a-şi testa ipotezele luând în considerare datele realităţii.

Convingerile necondiţionale postulează faptul că lumea reprezintă un loc plin de pericole generate de forţe obscure care depăşesc capacitatea noastră de înţelegere raţională.

Subiectul în cauză dezvoltă o neîncredere generalizată şi recurge la o reconstrucţie magică a lumii în încercarea de a-şi explica sentimentele difuze de teamă.

Din această convingere primară rezultă postulate cu caracter secundar: „dacă lumea este stranie, atunci ea poate fi explicată prin intermediul unor forţe obscure"; „dacă ştiinţa este neputincioasă, numai magia poate explica fenomenele ciudate pe care le simt"; „lumea este condusă de organizaţii ezoterice sau de către extratereştri"; „comunicarea la distanţă a gândurilor este posibilă"; „trebuie să fiu atent la ceea ce fac sau spun, pentru că pot fi observat de la distanţă"; „tot ceea ce se petrece în lume mă poate afecta direct" etc.

Tulburarea de personalitate schizotipală reprezintă o barieră în calea tratamentului unor tulburări obsesiv-compulsive, cu care se asociază frecvent.

Cottraux (1995) consideră că 9% dintre pacienţii care se adresează terapeutului pentru tulburări obsesiv-compulsive au la bază o tulburare de personalitate schizotipală.

Prezentare de caz (după Cottraux, 1995, p. 168)

Vincent, în vârstă de 41 ani, funcţionar administrativ, căsătorit şi cu o existenţă stabilă, este trimis la psihoterapie pentru tulburare obsesiv-compulsivă.

Psihologul care i-a dat recomandarea a fost contrariat de obsesiile lui ciudate de tip voaierist-fetişist, urmate de puternice sentimente de culpabilitate: obişnuieşte să privească lenjeria intimă a femeilor, ascunzându-se în diverse locuri.

Pacientul era obişnuit cu psihoterapia, deoarece suferă de depresie de aproximativ 10 ani.

A urmat psihoterapie de grup, analiză tranzacţională, terapie analitică de scurtă durată, precum şi terapie bioenergetică şi comportamentală.

Este adeptul unor tratamente medicale netradiţionale (a urmat „auriculoterapia"), ceea ce nu l-a împiedicat să se spovedească la preotul său de religie catolică.

A luat contacte şi cu maeştri orientali, rămânând mai multe luni într-un ashram din Bombay, dar spiritualitatea acestora l-a decepţionat.

A urmat tratamente episodice cu tranchilizante, dar fără rezultat.

Pacientul a fost permanent preocupat să descopere noi modalităţi de tratament sau sisteme filosofice care i-ar putea oferi un răspuns la problemele sale cu Dumnezeu şi diavolul, probleme care îi provoacă o puternică anxietate.

Cu cât terapeuţii îi spun mai multe lucruri, cu atât devine mai neîncrezător.

Pacientul a avut perioade când a urmat în paralel mai multe forme de psihoterapie.

Vincent provenea dintr-o familie catolică, modestă. Din motive economice a dormit în cameră cu părinţii săi până la vârsta de 20 de ani, deşi nu îşi aminteşte să-i fi văzut întreţinând raporturi sexuale. El relatează faptul că frecvent se masturba fără a face zgomot.

Către vârsta de 10 ani i-au apărut gânduri obsesive legate de responsabilitate şi îşi imagina ritualuri menite să preîntâmpine catastrofele: dorea să-şi protejeze părinţii cu ajutorul puterii gândului pentru ca aceştia să nu moară.

Tulburările mai serioase se declanşează în jurul vârstei de 20 de ani, după vizionarea filmului „Exorcistul": pacientul nu a sesizat mediocritatea peliculei şi a părăsit sala cuprins de panică la vizionarea scenei în care o adolescentă posedată de un demon a realizat-o levitaţie deasupra patului său.

Din acel moment, pacientul începe să fie preocupat de fenomenele paranormale, convins fiind că telekinezia, levitaţia şi actiunile psihice la distanţă pot fi exersate.

Pacientul resimte culpabilitate şi teamă faţă de preocupările sale sexuale pe care le consideră inacceptabile: masturbare cu fantezii erotice şi frecventarea unor prostituate care purtau lenjerie intimă mai deosebită; acesta îşi închipuie că va fi pedepsit: va sosi un demon care îi va mişca patul dacă se masturbează în vreme ce se uită la televizor sau în timpul unei activităţi voaieriste sau dacă întreţine o relaţie cu o prostituată care poartă jartiere.

Din acest motiv, pacientul evită anumite activităţi care îl atrag: să doarmă singur, să citească literatură ocultă, să vadă filme cu subiecte de magie, ştiinţifico-fantastice sau erotice.

Pentru a rezista tentațiilor, și-a vândut de mai multe ori televizorul, dar și-a cumpărat foarte repede altul.

Pacientul respectă și un ritual cu continut sexual, menit să-l protejeze împotriva demonilor: face parte dintr-un grup care se ocupă de studiul lenjeriei feminine din anii '50 și care își are sediul la Paris.

Acesta evită să doarmă singur într-un pat cu picioare, deoarece dacă va manifesta gânduri sau comportamente prohibite, demonul va scutura picioarele patului și îl va răpi, așa cum a văzut în film.

Frecvent, pacientul are senzația că o entitate malefică se află în preajma sa. Această senzație s-a accentuat cu ocazia unei excursii în Italia, patria creștinismului, pacientul temându-se că nu numai demonii, dar și Dumnezeu îl poate răpi, spre a-l pedepsi pentru păcatele sale.

Diagnosticul, în conformitate cu manualul D.S.M. III R., a fost următorul:

Potrivit axei 1 a manualului: tulburare obsesiv-compulsivă. (Această tulburare nu se situează pe primul plan.)

Pacientul verifică în mod excesiv dacă a închis apa, gazele și ușa de la intrare; alcătuiește liste lungi cu activitățile pe care trebuie să le desfășoare; realizează frecvent recapitulări ale listelor respective.

Axa a 2-a a manualului D.S.M. III R: personalitate schizotipală.

Deși pacientul este foarte bine integrat social, el prezintă următoarele simptome:

- suspiciozitate (neîncredere);
- teama de radiații, demoni, forțe supranaturale și chiar tratamente medicale (clasice);
- anxietate socială (nu are prieteni apropiați);
- idei de influență exterioară (este urmărit de divinitate sau demoni);
- tulburări perceptive (simte prezența unor forțe supranaturale);
- credințe de tip magic (forțele oculte sunt cele care conduc lumea; crede în spiritism, levitație, telekinezie etc.);
- comportament bizar (nu poate dormi singur în pat; își vinde mereu televizorul și apoi cumpără altul).

Conceptualizarea cazului

Concepția despre sine: se percepe ca fiind o persoană vinovată și crede că problemele sale sexuale sunt controlate de forțe oculte; își închipuie că este persecutat de divinitate și demoni care pot să-l răpească din cauza păcatelor sale.

Concepția despre ceilalți: îi vede ca pe niste potențiali protectori. (Soția îl protejează de demoni, iar terapeuții de propriile sale fantasme și anxietăți.)

Concepția despre lume: deși pacientul se consideră un catolic adevărat și frecventează asiduu biserica, el are de fapt o concepție maniheistă asupra lumii, considerând că lumea materială este guvernată de demon care luptă cu divinitatea.

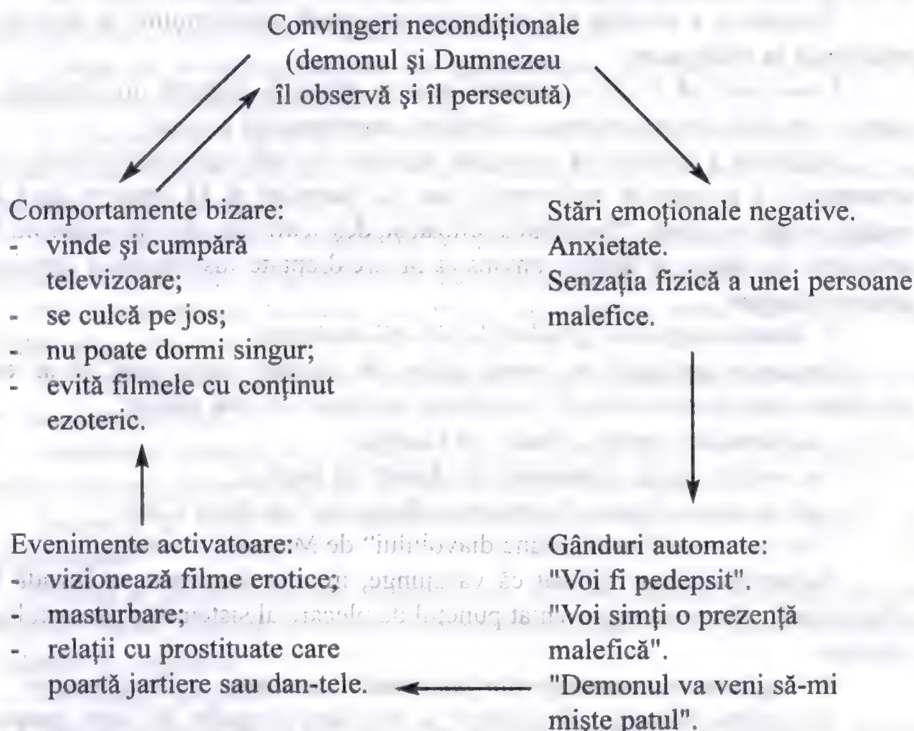
Această concepţie este specifică ereziei catarilor care locuiau în sudul Franţei şi care au fost exterminaţi în secolul al VIII-lea, în urma unei cruciade sângeroase. Catarii propovăduiau abstinenţa sexuală pentru a-şi înălţa sufletul la Dumnezeu.

Tatăl pacientului era originar din regiunea respectivă, deşi acesta nu avea astfel de concepţii religioase.

Convingeri de bază:

Riscă să fie posedat de demon. Demonul şi Dumnezeu pot veni să-l ridice, mai ales atunci când desfăşoară activităţi sexuale prohibite: masturbare, voaierism, priveşte filme pornografice.

Prezentăm în continuare schema cognitivă a cazului (după Cottraux, 1995, p. 172)



Psihoterapia a durat şase luni şi a cuprins un număr de 22 de şedinţe.

Terapeutul a emis ipoteza că evitarea anumitor situaţii nu făcea decât să menţină schema cognitivă disfuncţională: evitarea filmelor cu conţinut ezoteric, evitarea dormitului singur, a activităţilor sexuale care îi făceau plăcere etc.

Au fost aplicate următoarele tehnici terapeutice:

1. Analizarea gândirii de tip dihotomic

În cazul acestui pacient a fost dificil să fie abordate de la început situațiile cele mai anxiogene. Terapeutul a utilizat inițal dialogul socratic pentru a analiza concepțiile filosofice ale pacientului legate de Dumnezeu și demon, de bine și rău.

Terapeutul îl ghidează pe pacient pentru a desprinde singur concluzia că religia maniheistă reprezintă un model de gândire dihotomică („totul sau nimic"), gândire ce nu este specifică religiei catolice tradiționale căreia crede că îi aparține pacientul.

A fost abordată și problematica gândirii magice, în opoziție cu cea de tip adult.

Primele cinci ședințe de psihoterapie au fost relativ puțin încărcate emoțional pentru pacient și psihoterapeut.

2. Verificarea convingerilor legate de fenomenele paranormale

Terapeutul a abordat o convingere secundară a pacientului, și anume aceea referitoare la telekinezie.

I s-a cerut să miște o statuetă care se găsea la distanță, în prezența a doi martori, în afară de psihoterapeut. Evident, experimentul a eșuat.

Pacientul a declarat că o singură încercare nu este suficientă, situație în care terapeutul i-a propus să realizeze o sută de încercări și să observe dacă datele statistice sunt relevante. Pacientul a refuzat și, deși a afirmat că o încercare nu fusese suficientă, nu părea pe deplin convins că nu are dreptate susținându-și convingerile parapsihologice.

3. Tehnica expunerii gradate la situații anxiogene

Deoarece pacientul se temea teribil de demoni i s-a cerut să se expună progresiv următoarelor situații cu conținut anxiogen tot mai ridicat:

- să citească romanul „Faust" de Goethe;
- să asculte opera „Damnarea lui Faust" de Berlioz;
- să vizioneze filmul „Frumusețea diavolului" de Rene Clair;
- să vizioneze filmul „Mâna diavolului" de Maurice Tourner.

Pacientului i s-a explicat că va ajunge, în cele din urmă, să revadă filmul „Exorcistul", film ce a reprezentat punctul de plecare al sistemului său patologic de credințe.

4. Confruntarea convingerilor pacientului cu acelea ale terapeutului

Vizionarea filmului „Exorcistul" a fost bine pregătită de către terapeut. În ajunul zilei fixate, pacientul își manifestă teama că terapeutul va împărtăși aceleași puncte de vedere cu el și că va înnebuni. Acesta îl întreabă pe terapeut dacă este ateu sau crede în Dumnezeu și demon. Terapeutul se abține să dea un răspuns direct, cerându-i pacientului să găsească argumente pentru una sau alta dintre alternative.

În urma dialogului socratic, pacientul afirmă că un om de știință trebuie să fie mai curând ateu, dar deoarece i-a mai rămas un dram de îndoială, a solicitat prezența unei terțe persoane la încercarea la care va fi supus.

Terapeutul s-a temut puţin să nu declanşeze o simptomatologie psihotică la vizionarea filmului, dar buna ancorare în realitate l-a determinat să realizeze experimentul.

5. Tehnica expunerii

A fost prezentat filmul „Exorcistul" care a durat două ore. La vizionare a luat parte, pe lângă terapeut, şi o studentă.

Scenele de levitaţie şi mişcările patului sub acţiunea demonului i-au provocat pacientului o mare anxietate.

Terapeutul a făcut permanent comentarii pentru a sublinia caracterul comercial al filmului (aspecte ridicole, picanterii sexuale, menite să impresioneze publicul). Pacientul a fost mai puţin anxios în finalul prezentării.

6. Tehnica distanţării

Pacientul s-a prezentat la următoarea şedinţă de psihoterapie afirmând că a avut o insomnie, cu anxietate şi teama de a nu înnebuni.

Terapeutul a dedicat şedinţa de psihoterapie accentuării procedeului de distanţare faţă de conţinutul filmului.

Restructurarea cognitivă se bazează pe dezbaterea asupra unor explicaţii alternative ale problematicii abordate în cadrul scenariului filmului: este vorba chiar de prezenţa unui demon sau de un caz de isterie?

Filmul nu ilustrează o realitate, şi atunci nu cumva regizorul încearcă să impresioneze persoanele sugestibile utilizând elemente de magie?

Nu cumva filmul transmite un mesaj cu conţinut erotic camuflat într-un ambalaj religios?

În urma discuţiilor purtate, pacientul ajunge să conştientizeze faptul că un film este doar un film.

Terapeutul va trasa, în continuare, sarcini pentru acasă: să vizioneze singur filme cu demoni, să doarmă singur în pat, să vadă filme erotice.

Pacientul a reuşit să se distanţeze destul de mult de preocupările sale demonologice.

Acesta se prezintă amuzat la una dintre ultimele şedinţe de terapie purtând pantofi cu marca „Mefisto", element ce evidenţiază faptul că s-a distanţat critic faţă de schema sa cognitivă.

Încheierea terapiei

În acest moment pacientul este în mare măsură restabilit şi terapeutul ar trebui să abordeze un alt gen de problematică, şi anume integrarea preferinţelor sexuale ale pacientului, motiv pentru care ar fi recomandabilă terapia de cuplu. Aceasta nu a mai fost însă realizată.

La sfârşitul terapiei s-au obţinut următoarele rezultate:

- pacientul poate dormi singur fără să se teamă;
- ideile legate de demoni şi entităţi paranormale s-au estompat până la dispariţie;

- pacientul poate viziona făuă probleme filme de groază, ştiinţifico-fantastice sau erotice;

- s-au menţinut însă problemele de cuplu, precum şi un anumit scor de depresie, care însă se situează în limite controlabile.

În timpul celor şase luni de psihoterapie, pacientului nu i s-a administrat medicaţie psihiatrică.

Pacientul a mai fost primit de către terapeut în cursul următorilor doi ani, fie pentru evaluarea stării, fie pentru a lucra asupra problemelor pe care acesta a dorit să le abordeze (au mai fost realizate aproximativ 30 de şedinţe).

Au fost abordate mai ales aspecte legate de comportamentele fetişiste ale pacientului.

Terapeutul îi atrage atenţia asupra faptului că, urmărind sau filmând lenjeria intimă feminină, ar putea intra în conflict cu legea.

De asemenea, s-a insistat asupra ideii că interesul său pentru îmbrăcămintea feminină de tip vechi (jartiere, dantele) ţinea de imaginea mamei sale pe care a surprins-o în copilărie dezbrăcându-se şi reprezintă expresia unei nostalgii a trecutului.

Terapeutul i-a sugerat să întreţină relaţii sexuale substitutive cu femei care acceptă fanteziile sale erotice.

Treptat, relaţia pacientului cu soţia s-a ameliorat suficient de mult pentru a avea un copil.

Soţia a devenit mult mai înţelegătoare, deşi nu a reuşit să împărtăşească fanteziile sexuale ale pacientului.

Psihoterapia cu pacienţii schizotipali este în general un demers dificil pentru că atitudinile cu caracter aproape delirant ale acestora sunt împărtăşite de multe grupuri sau comunităţi culturale, care le întăresc continuu convingerile.

Adesea terapeutul riscă să nu înţeleagă forţa acestor convingeri, să nu manifeste suficientă empatie, să fie iritat de preocupările bizare ale pacientului şi să-l copleşească printr-o abordare excesiv de raţională.

Alianţa terapeutică este greu de stabilit, pentru că schema cognitivă disfuncţională este menţinută prin evitarea comportamentală, ca şi prin validarea acesteia de către grupul de referinţă.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală pentru personalităţile dramatice, emoţionale şi dezorganizate

Personalitatea narcisică

Subiectul se caracterizează printr-o inflaţie a ego-ului, egocentrism, incapacitatea de a înţelege punctul de vedere al altei persoane, având drept strategii subdezvoltate identificarea cu grupul şi aderarea la normele acestuia.

Credinţele necondiţionale sunt de tipul: „eu sunt deasupra oricăror norme şi reguli".

Strategiile obişnuite sunt utilizarea celorlalţi, violarea normelor şi regulilor sociale şi competiţia.

Credinţele condiţionale îmbracă forma: „regulile care li se aplică celorlalţi, nu sunt valabile şi pentru mine"; „dacă nu eşti admirat, recunoscut şi nu ţi se adresează complimente, nu ai nici o valoare; „ceilalţi se află aici pentru ca eu să mă folosesc de ei"; „dacă cineva mă face să aştept, aceasta reprezintă o umilinţă insuportabilă" etc.

Gândurile negative automate se referă în principal tot la propria persoană: „oare cum arăt?"; „oare ce vor crede ceilalţi despre mine?" etc.

Această exacerbare a propriei importanţe reprezintă adesea schema unei inferiorităţi compensate.

Personalitatea histrionică

Se mai numeşte şi personalitate teatrală sau isterică şi se caracterizează prin reacţii emoţionale exagerate şi prin tendinţa permanentă a subiectului de a atrage atenţia asupra sa.

Strategiile supradezvoltate presupun exhibiţionism şi expresivitate exagerată, în timp ce strategiile subdezvoltate ţin de autocontrol, reflecţie şi sistematizarea propriilor activităţi.

Oamenii din jur sunt percepuţi ca un fel de public pe care subiectul caută permanent să-l impresioneze.

Pentru a atrage atenţia asupra sa, el a utilizat tot felul de strategii: seducţia, dramatizarea, crizele de furie, plânsul sau tentativele demonstrative de suicid.

Principalele postulate secundare îmbracă următoarea formă: „pentru a obţine ceea ce doresc, trebuie să-i fascinez pe ceilalţi"; „oamenii se află aici pentru a mă admira"; „nu pot tolera plictiseala"; „dacă am chef să fac ceva, trebuie să realizez acel lucru cu orice preţ" etc.

Ca şi în cazul personalităţii narcisice, teatralismul şi tendinţa de seducţie au rolul de a masca o schemă cognitivă bazată pe inferioritate.

Cele două tipuri de personalitate se intersectează, uneori se confundă, iar alteori, trăsături specifice amândurora pot fi întâlnite la acelaşi individ.

Prezentare de caz

Marta, în vârstă de 45 de ani, de formaţie profesoară de filosofie, locuieşte în Ploieşti şi, din acest motiv, nu frecventează psihoterapia săptămânal.

Mama ei a decedat în urmă cu câteva luni şi pacienta mai nutreşte încă sentimente depresive legate de această pierdere. Tatăl ei, în vârstă de 71 de ani, este încă în viaţă.

Marta are un frate diagnosticat cu schizofrenie, de care s-a ocupat mult timp şi o soră juristă, cu o situaţie materială foarte bună.

Pacienta s-a căsătorit târziu, la 35 de ani şi are o fetiţă în vârstă de 7 ani.

Încă din liceu, Marta avea perioade când era depresivă şi anxioasă şi prezenta cancerofobie, fapt ce o determina să solicite mereu asigurări că nu este bolnavă.

După moartea mamei sale a încercat să urmeze psihoterapie experimentală de grup, dar nu a putut tolera ideea să-şi expună trăirile în faţa celorlalţi.

În cele din urmă, ea solicită psihoterapie cognitiv-comportamentală individuală.

Interviul clinic nu a evidenţiat fobie socială, pacienta fiind sigură de sine şi realizată social (este profesoară cu gradul I şi s-a înscris la doctorat).

Simptomele dominante au fost: anxietate accentuată, perfecţionism profesional, nevoia de a trăi intens (a urmat cursuri de Yoga, citea mult, mergea la concerte) şi depresie moderată.

Una dintre problemele care au apărut în cursul contactului cu terapeutul a reprezentat-o nerăbdarea pacientei de a începe imediat terapia („este foarte important pentru sănătatea mea, pentru cariera mea"), deşi terapeutul i-a spus că, deocamdată, nu are locuri.

Pacienta a insistat foarte mult, până când a fost acceptată, ea impunând şi zilele de întâlnire deoarece venea din provincie.

În prima şedinţă de terapie, psihoterapeutul a lămurit pacienta că nu reprezintă o urgenţă şi că persoanele care au solicitat ajutor înaintea ei au prioritate.

Pentru a explica ce înseamnă psihoterapia cognitivă, terapeutul a evidenţiat legătura dintre comportamentul pacientei şi convingerile disfuncţionale necondiţionale de tip narcisic: („Dacă eu doresc ceva, acel lucru trebuie să se realizeze imediat"), subliniind faptul că stabilirea unor limite este chiar în interesul pacientei. În cele din urmă, aceasta a acceptat să înceapă psihoterapia din toamnă.

În urma evaluării realizate de către medicul psihiatru cu care colabora terapeutul a fost stabilit diagnosticul următor: decompensare depresiv-anxioasă, pe fondul unei tulburări de personalitate mixte, narcisică şi histrionică.

Obiectivele terapiei

Marta s-a plâns de caracterul tensionat al relaţiilor sale interpersonale la şcoală şi în familie. Ea a recunoscut faptul că nu se poate integra bine în colectiv şi că nu este empatică, fixându-şi ca obiective să fie diplomată, să spună în acelaşi timp, „nu", să nu mai fie agresivă cu colegii şi cu elevii, să-şi poată domina emoţiile (mai ales reacţiile de furie) şi să devină mai empatică.

Marta a relatat faptul că a avut conflicte cu colegele de cămin în timpul facultăţii, cu profesorii şi directoarele şcolilor unde a lucrat şi chiar cu actualul ei conducător de doctorat.

Şedinţa 1

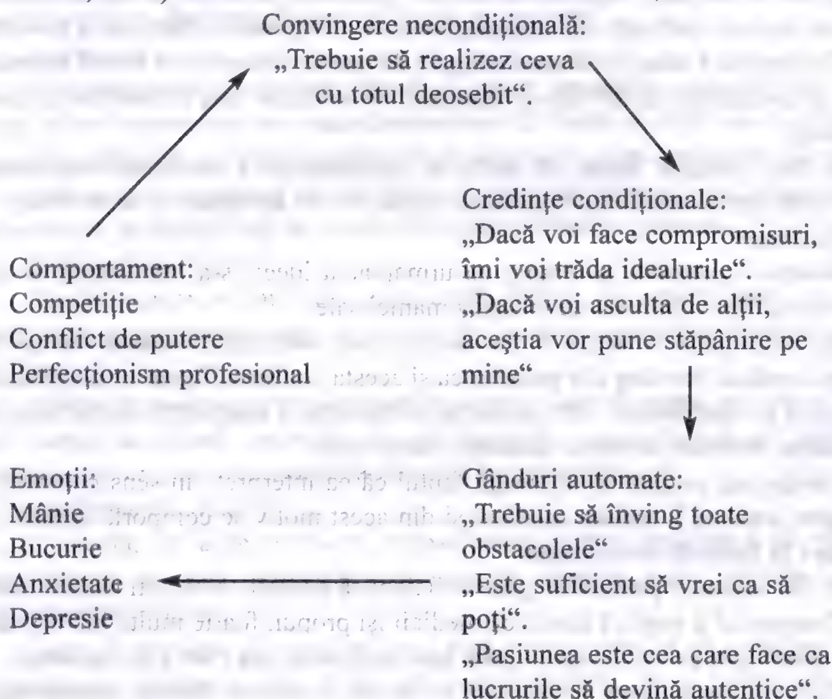
Terapeutul abordează problema conflictelor de tip narcisic trecute şi prezente.

Marta are tendinţa de a justifica relaţiile ei conflictogene prin faptul că pune pasiune în tot ceea ce face şi este mai dotată decât cei din jur. Afirmaţiile ei sunt de

tipul următor: „dacă eşti un om deosebit, trebuie să faci totul cu pasiune, să fii curat şi integru"; „nu trebuie să-ţi întinezi sufletul sau să faci compromisuri".

În urma dialogului terapeutic, a fost evidenţiată convingerea necondiţională: „trebuie să realizez ceva deosebit în viaţă". Pacienta nu doreşte să rămână o simplă profesoară de liceu, ci are de gând să realizeze nişte lucrări deosebite în filosofie care să-i deschidă calea spre învăţământul superior.

Dialogul socratic a permis conceptualizarea cazului (adaptat după Cottraux şi Blackburn, 1995)



Şedinţa 2

Debutează cu solicitare de asigurări. Marta are nişte tulburări de ciclu menstrual şi se teme să nu fie bolnavă de cancer. Ea face destul de rapid legătura dintre temerile ei şi decesul mamei, care a suferit de cancer, reproşându-şi că nu a putut s-o salveze şi nici măcar s-o ajute suficient, deoarece trebuia să se ocupe de tatăl vârstnic şi de fratele bolnav de schizofrenie.

Exprimarea exagerată a culpabilităţii îl determină pe terapeut să evidenţieze schema cognitivă care cuprinde elemente narcisice şi teatrale: un amestec de sentimente de incapacitate, neputinţă şi demonstrativitate.

Şedinţa este centrată pe reducerea sentimentelor de culpabilitate generate de moartea mamei. Terapeutul a utilizat tehnici de reatribuire (vina o poartă boala incurabilă, hazardul etc.) care contribuie la diminuarea responsabilităţii personale a pacientei pentru cele petrecute.

Şedinţa 3

Pacienta a solicitat sâ fie abordate problema morţii mamei, precum şi conflictele pe care le-a avut cu medicii care au îngrijit-o.

Terapeutul a subliniat faptul că natura conflictelor a fost de tip narcisic, pacienta acuzându-i pe medici că i-au ucis mama, dar şi pe ea însăşi fiindcă nu a putut să se opună („trebuia să facem tot ce este omeneşte posibil, chiar şi imposibilul").

Terapeutul a aplicat tehnica cognitivă de limitare a postulatelor de grandoare. A fost pusă în discuţie valabilitatea acestor postulate raportate la limitele reale ale medicinei actuale derivate din incapacitatea de a împiedica suferinţa şi moartea.

Terapeutul a atins problemele legate de teama pacientei că suferă ea însăşi de cancer, în comparaţie cu dorinţa ei absurdă de a controla viaţa şi moartea proprie sau a celorlalţi.

A fost subliniat faptul că ideile de omnipotenţă a medicinei reprezentau o compensare pentru anxietăţile pacientei legate de cei apropiaţi şi de ea însăşi.

Şedinţa 4

Marta se prezintă la terapie cu următoarea idee: s-a îmbolnăvit de cancer deoarece s-a făcut vinovată de moartea mamei sale.

Se rediscută conflictele ei cu medicii care i-au îngrijit mama. Terapeutul îl invită pe medicul oncolog din policlinică şi acesta confirmă faptul că diagnosticul şi tratamentul au fost corecte, însă probabil că pacienta a interpretat eronat ceea ce i s-a comunicat referitor la starea sănătăţii mamei sale.

Terapeutul o ajută să înţeleagă faptul că ea interpreta în sens personal, ca o respingere, ceea ce îi spunea medicul şi din acest motiv se comporta agresiv cu el, punându-i la îndoială competenţa.

A fost discutat postulatul „este suficient să doreşti ca să poţi realiza orice".

Terapeutul îi explică faptul că medicii îşi propun foarte multe lucruri, dar pot realiza relativ puţine în domeniul unor boli incurabile aşa cum este cancerul.

Pacienta recunoaşte, în cele din urmă, că, o data cu decesul mamei sale, s-a confruntat cu limitele posibilităţilor omeneşti.

Şedinţa 5

Pacienta se prezintă la terapie mult mai bine dispusă, afirmând că a visat că se găsea la o recepţie şi discuta cu soţia primului ministru care povestea despre cancerul propriei sale mame.

Aceasta se simţea mai puţin culpabilă şi a dorit să abordeze o problemă de dată mai recentă, şi anume conflictul cu profesoara de engleză a fiicei sale.

Marta asista uneori la lecţii şi, evident, nu era de acord cu modul în care acestea se desfăşurau.

Profesoara îşi apăra punctul de vedere, fapt ce determina la pacientă reacţii de mânie şi competiţie (pacienta stăpânea foarte bine limba engleză). Aceasta declanşa gândul automat: „dacă nu-mi voi impune propriul punct de vedere, voi fi silită să-l îmbrăţisez pe al celorlalţi".

Terapeutul o conduce către descoperirea faptului că nu este vorba despre un conflict de competenţe, ci de apărarea, cu orice preţ, a propriului punct de vedere.

Şedinţele 6 şi 7

Au fost luate în discuţie aspecte legate de cancerofobia pacientei care declanşează gânduri automate de tip magic: „dacă te gândeşti la cancer, te vei îmbolnăvi cu adevărat".

Terapeutul împreună cu pacienta dezbat argumentele pro şi contra afirmaţiei că este bolnavă de cancer. De asemenea, se adună dovezi împotriva postulatului pseudoştiinţific: „dacă te gândeşti la boală, ea va veni".

Şedinţa 8

Pacienta pune în discuţie faptul că simte anxietate, culpabilitate şi teamă pentru viitor deoarece nu ştie cum să procedeze cu fratele ei suferind de schizofrenie.

Este utilizată o tehnică de tip comportamental pentru rezolvare de probleme.

Terapeutul împreună cu pacienta elaborează planuri conţinând soluţii pe termen scurt, mediu şi lung la problema îngrijirii fratelui psihotic.

Şedinţele 9, 10 şi 11

Pacienta pare semnificativ ameliorată. Teama de cancer trece pe planul al doilea şi ea se ocupă mai mult de fratele său, pentru care caută un medic psihiatru mai bun.

Marta consideră că are de plătit o datorie faţă de mama sa care se ocupase până atunci de fratele psihotic. În acelaşi timp, ea ajunge să se înţeleagă cu profesoara de engleză şi renunţă la ideea de a o schimba.

Şedinţele 12, 13 şi 14

Pacienta, de altfel o bună cunoscătoare a unor probleme de psihologie, consideră că a sosit momentul să lucreze asupra unor scheme cognitive disfuncţionale timpurii.

Încă de la vârsta de cinci ani ea a trăit cu impresia că nu a deţinut în cadrul familiei locul aparte pe care credea că l-ar fi meritat. „Ar fi trebuit să fiu băiat, pentru că băieţii se bucură de drepturi speciale".

Fratele ei, care s-a îmbolnăvit de schizofrenie la 18 ani, ar fi trebuit să fie mândria familiei, pentru că fusese un elev olimpic la matematică. În cele din urmă, ea şi sora ei au făcut studii superioare şi au reuşit în viaţă.

Trăsăturile narcisice compensează sentimentul ei de inferioritate legat de faptul că s-a născut femeie.

La facultatea de filosofie a avut numai note de 10, iar în dezbaterile teoretice de la seminarii şi cu colegii se comporta totdeauna agresiv.

„Trebuia să fiu agresivă ca un bărbat pentru a nu fi considerată o fată proastă şi tocilară."

Pacienta s-a măritat târziu, după 1990, cu un absolvent de Academie comercială, om de afaceri, pe care îl considera incult, dar l-a luat pentru situaţia sa financiară foarte bună. Marta avea permanent conflicte şi cu soţul.

După căsătorie, pacienta şi-a păstrat numele de domnişoară, invocând drept motiv faptul că are multe articole şi comunicări pe acest nume.

Ea a adus frecvent în discuţie ideea că bărbaţii se bucură de toate drepturile.

Terapeutul a analizat conflictele actuale cu soţul care aveau la bază schema timpurie „femeia este o sclavă".

I s-a cerut să aducă argumente pro şi contra acestui postulat şi să definească noţiunile de libertate şi independenţă.

În cele din urmă, Marta ajunge la concluzia că libertatea înseamnă să lucrezi în domeniul care îţi place (ceea ce făcea deja), la care se adăuga capacitatea de a întreţine relaţii armonioase cu cât mai multă lume (aceasta îşi doreşte de la psihoterapie).

Şedinţele 15, 16, 17 şi 18

Aspectele legate de conflicte, competiţie, compensare, precum şi de sentimentul de inferioritate s-au atenuat mult, în schimb reapare problema cancerofobiei, Marta având deja unele tulburări de preclimax.

Pacienta afirmă că se teme de cancer şi pentru că a citit într-o revistă de popularizare despre tipul de personalitate predispus pentru această boală şi a avut impresia ca profilul respectiv i se potriveşte.

Şedinţele de terapie sunt dedicate accentuării spiritului critic şi dezvoltării unui tip de gândire probabilist-ştiinţific.

Studiul respectiv, de valoare îndoielnică, stabilea o relaţie probabilă între structura personalităţii şi cancer, bazându-se pe o analiză statistică discutabilă.

Terapeutul îi pune la dispoziţie pacientei articole mai serioase în care se afirmă că relaţia dintre personalitate şi cancer nu a fost încă demonstrată ştiinţific. Se discută mult problema credinţelor magice, transformate de către pacientă în certitudini raţionale.

Pacienta acceptă să efectueze un control ginecologic ale cărui rezultate sunt bune.

Şedinţa 19

După vizita la medicul specialist, pacienta se simte securizată. Conflictele cu colegii de cancelarie şi cu soţul s-au redus simţitor, iar boala psihică a fratelui este ţinută sub control.

Pacienta renunţă la psihoterapie şi se apucă să lucreze serios la teza de doctorat.

După 8 luni de la încheierea terapiei, aceasta vine în vizită pentru a-i mulţumi terapeutului, spunând că totul este în ordine.

Terapia cognitiv-comportamentadă pentru personalităţile dependente, evitante şi obsesiv compulsive

Adriana, asistentă medicală în vârstă de 31 de ani, a fost spitalizată la clinica de psihiatrie pentru depresie majoră, recurentă. După externare, medicul psihiatru a recomandat psihoterapia. Pacienta este căsătorită cu un profesor de fizică şi nu are copii.

Este fiica unor modeşti funcţionari şi are un frate biolog.

Pacienta a urmat timp de 6 luni tratament cu antidepresive şi anxiolitice, tratament care a fost mult redus după prima lună de psihoterapie. Diagnosticul clinic conform manualului D.S.M. IV (A.P.A., 1994) indică următoarele:

- depresie accentuată;
- anxietate cu simptome somatice;
- tulburări de tip obsesiv-compulsiv (verifică de multe ori tratamentul bolnavilor, verifică dacă a încuiat uşa, dacă a stins gazele etc.).

În timpul întâlnirilor cu terapeutul plânge frecvent, nu priveşte interlocutorul în ochi şi ţine capul plecat. Răspunde cu dificultate la întrebări şi se decide greu să intre în cabinet şi să se aşeze în fotoliu.

Pacienta se plânge că profesia ei este prea solicitantă deoarece lucrează la o secţie de terapie intensivă şi nu ştie niciodată dacă intervenţiile ei vor salva viaţa pacientului sau nu. Afirmă, de asemenea, că soţul s-a plictisit de ea şi că probabil o va părăsi, iar medicii şi colegele care lucreaza cu ea ştiu de bună seamă că este cea mai slabă asistentă medicală din secţie.

Adriana susţine că nu mai are prieteni şi chiar psihoterapeutul se va plictisi curând şi o va abandona.

Adriana a fost un copil anxios cu simptome obsesiv-compulsive (trebuia să deschidă uşa de mai multe ori ca să fie sigură că o să-i meargă bine, iar la şcoală avea întotdeauna un ursuleţ mic de pluş în buzunar, jucărie care îi purta noroc). În timpul şcolii a fost singuratică, având doar două prietene mai bune cu care însă nu s-a mai văzut de mult.

Deşi ar fi dorit să devină medic, Adriana nu a avut curajul să dea examen de admitere la facultate şi a preferat să se înscrie la şcoala sanitară.

Simptomele obsesiv-compulsive s-au estompat întrucâtva către vârsta adultă fără să dispară complet. Adriana a mai avut câteva episoade depresive în cazul cărora tratamentul medicamentos a dat rezultate bune.

Primul episod a survenit atunci când Adriana avea 19 ani şi a trebuit să locuiască la cămin pentru a urma şcoala sanitară, cel de-al doilea când a fost repartizată la spitalul Fundeni, la 22 de ani, un altul la 26 de ani când a trebuit să dea nişte examene de atestare pe post şi a fost mutată în altă secţie. A urmat o perioadă ceva mai liniştită când s-a căsătorit, apoi s-a produs un nou episod la vârsta de 29 de ani când soţul ei a fost plecat şase luni cu o bursă în străinătate.

Adriana a beneficiat de câteva spitalizări de scurtă durată, fiind tratată mai mult ambulator. Psihoterapia cognitiv-comportamentală pentru depresie a durat 4 luni, cu şedinţe bisăptămânale în primele 18 săptămâni, după care acestea au fost reduse la una pe săptămână.

Gândurile negative automate înregistrate de terapeut sunt următoarele: „mă simt inferioară celorlalţi", „oamenii mă vor abandona", „nu pot risca să mă ataşez prea tare de cineva, pentru că voi fi părăsită şi voi suferi", „am nevoie de o persoană

puternică pentru a mă sprijini“, „trebuie să fiu foarte atentă ca să nu fac greşeli“, „orice greşeală reprezintă o catastrofă“, „sunt o povară pentru cei din jur“ etc.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală pentru depresie a cuprins următoarele strategii:

1. Participarea la cât mai multe activităţi sociale pentru a testa reacţia celorlalţi faţă de pacientă.

2. Ameliorarea comunicării cu terapeutul: să-l privească în ochi, să răspundă fără a se pregăti în prealabil; antrenarea altor abilităţi sociale de comunicare.

3. Susţinerea pacientei să realizeze anumite lucruri singură, fără ajutorul soţului (să se înscrie la un curs de limbă engleză).

4. Identificarea şi înlocuirea gândurilor negative automate.

5. Reducerea medicaţiei antidepresive.

6. Conceptualizarea cazului şi abordarea schemelor cognitive disfuncţionale timpurii.

Conceptualizarea cazului

Copil fiind, Adriana era foarte anxioasă şi dependentă şi a fost hiperprotejată de mama ei. În urma experienţelor din copilărie, pacienta îşi formează convingerea că este inferioară celor din jur. În şcoala generală şi la liceu a avut foarte puţini prieteni şi a manifestat o anxietate accentuată în timpul tezelor sau examenelor. Pentru că era o elevă bună, cuminte şi liniştită, a beneficiat de protecţia profesorilor, iar mai târziu de cea a medicilor psihiatri care, la rândul lor, o simpatizau.

Conceptualizarea problemelor sale a putut fi realizată împreună cu terapeutul:

Schemă necondiţionată (schemă dezadaptativă timpurie):
„Sunt o persoană inferioară celorlalţi.“



Convingeri condiţionale:
„Am nevoie de un om puternic pe care să mă bazez.“
„Nu pot realiza nimic singură.“
„Dacă îmi fac prieteni, aceştia mă vor părăsi şi voi fi şi mai nefericită.“
„Trebuie să verific totul de mai multe ori, pentru a nu face greşeli.“



Comportamente:
Îi evită şi mai mult pe ceilalţi.
Îşi amplifică verificările.

Comportamente:
Evită să-şi facă prieteni.
Se agaţă de una sau două persoane.

Acordă o atenție exagerată reacțiilor celorlalți. ↑	Verifică tot ceea ce face. ↓
Stări afective: Anxietate Depresie ←	Gânduri automate: „Dacă mă vor cunoaște cu adevărat, mă vor părăsi." „Psihoterapeutul se va plictisi de mine." „Voi comite o eroare gravă."

Psihoterapeutul analizează împreună cu pacienta fiecare element al cercului vicios. După cele 4 luni de psihoterapie, pacienta utilizează doze minime de antidepresive, este mai sigură de sine în timpul ședințelor de psihoterapie și își ameliorează interacțiunile sociale: este mai comunicativă la serviciu, nu mai face verificări exagerate și acceptă să invite câțiva prieteni ai soțului acasă. Scorul de depresie însă nu se modifică. În acest moment al terapiei, psihoterapeutul ajunge la concluzia că diagnosticul real este de tulburare de personalitate mixtă: dependentă, evitantă și obsesiv-compulsivă.

Demersul cognitiv este acum orientat asupra schemelor disfuncționale de bază, ședințele de psihoterapie având loc din două în două săptămâni, timp de doi ani.

Obiectivul terapiei constă în modificarea schemelor dezadaptative timpurii: „sunt o ființă inferioară"; „trebuie totdeauna să mă bazez pe cineva pentru a face față vieții." Psihoterapeutul a utilizat tehnica scalei gradate:

Inferioritate	Superioritate
0	100
Fac în permanență greșeli.	Nu fac niciodată greșeli.
Nu pot acționa de una singură.	Nu am niciodată nevoie de ajutor.
Nu am prieteni.	Sunt fericită să fiu singură.
	Sunt o ființă foarte agreată de ceilalți.

La începutul terapiei, Adriana s-a evaluat pe sine la 20, treptat evaluările sale modificându-se în urma aplicării dialogului socratic spre 55-60.

După șase luni de psihoterapie se constată o ameliorare semnificativă a stării pacientei, mai ales că aceasta reușește să facă față unor evenimente psihotraumatizante care altădată ar fi tulburat-o: soțul pleacă din nou cu o bursă de un an în Statele Unite, iar ea este promovată asistentă șefă la secția de terapie intensivă.

Psihoterapia cognitivă pentru persoanele cu stimă de sine scăzută

Primul program sistematic de terapie cognitivă pentru pacienţii cu stimă de sine scăzută a fost elaborat de Melanie Fennell (1997, 1998), până la acea dată terapeuţii abordând această problematică împreună cu alte simptome.

Autoarea subliniază dificultatea problemei mai ales datorită absenţei unei definiţii clare a acesteia.

În clinică, stima de sine scăzută apare ca o dificultate adaptativă primară, insuficient structurată, care însoţeşte sau stă la baza altor tulburări emoţionale.

Această entitate nozografică nu îndeplineşte criteriile unei tulburări de personalitate, deşi ea poate fi abordată şi explicată prin intermediul schemelor cognitive disfuncţionale.

De asemenea, durata psihoterapiei nu este atât de mare (18-24 de luni) ca în cazul terapiei cognitive a tulburărilor de personalitate.

Nucleul stimei de sine scăzute îl reprezintă o.judecată globală, negativă şi dobândită, care – odată structurată – va influenţa modul de gândire, simţire şi comportament al persoanei în viaţa cotidiană şi care este menţinută şi întărită de distorsionările cognitive şi de comportamentele dezadaptative (Fennell, 1998, p. 219).

Feed-back-urile reciproce dintre schemele cognitive de bază şi interpretarea imediată a evenimentelor (gândurile negative automate) generează un sistem care se autoperpetuează şi este rezistent la schimbare (Tensdale, Segal şi Williams, 1994).

Fennell (1998) vorbeşte despre linia atitudinală care stă la baza stimei de sine scăzute şi care reprezintă o convingere disfuncţională profundă ce acţionează ca un fel de fundament pe care se structurează alte probleme psihopatologice, unele tranzitorii, altele de profunzime, ca depresia (Andrews şi Brown, 1995), tulburările conduitei alimentare (Fairburn et al, 1987), ideile şi conduitele suicidare (Beck et al, 1990).

Prezentăm mai jos modelul stimei de sine scăzute (Fennell, 1997):

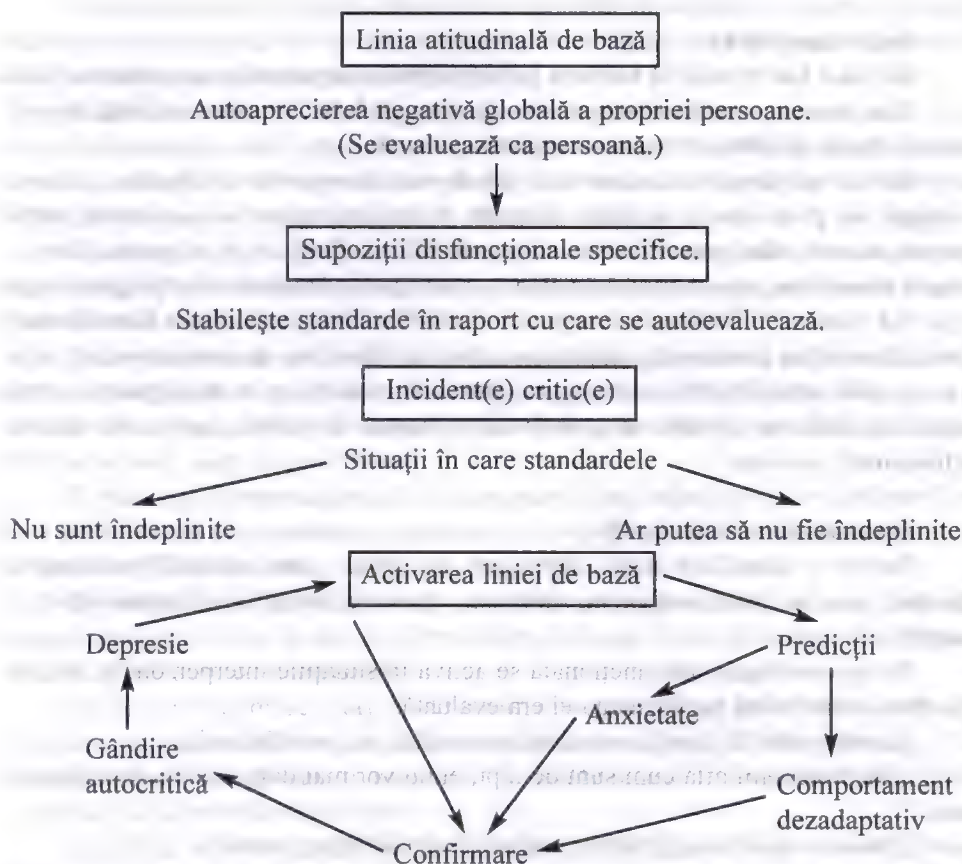
Modelul cognitiv al stimei de sine scăzute
(după Fennell, 1997, p. 221)

Experienţe timpurii



Temperament
Absenţa aprobării, aprecierii sau interesului din partea familiei.
Persoana este considerată „ciudată" în familie.
Pierderi, respingeri, neglijare, doliu.
Abuzuri emoţionale, fizice, sexuale.





Conform acestui model, experienţele psihotraumatizante timpurii, pe fondul unei structuri temperamentale fragile, contribuie la formarea liniei de bază, respectiv a stimei de sine globale scăzute. Deoarece subiectul consideră linia de bază ca fiind adevărată, acesta elaborează supoziţii disfuncţionale sau standarde de performanţă în raport cu care este măsurată valoarea personală. Problemele apar atunci când persoana eşuează sau crede că va eşua în atingerea standardelor stabilite pe baza supoziţiilor disfuncţionale, fapt ce reprezintă o ameninţare pentru autostima subiectului.

Modelul postulează şi faptul că, dacă subiectul are anumite incertitudini legate de posibilitatea atingerii standardelor, apare anxietatea, urmată de depresie.

În cazul în care standardele chiar nu sunt îndeplinite (nu apare nici un fel de incertitudine), rezultatul este apariţia reacţiei depresive.

În ambele cazuri, reacţia circulată este menţinută, aceasta continuând să contribuie la activarea liniei de bază.

Prezentare de caz

Sorina a fost trimisă la medicul psihiatru pentru o puternică anxietate socială.

Acesta a dat următorul diagnostic conform D.S.M. IV: fobie socială; episod depresiv major şi tulburare de personalitate evitantă.

Sorina s-a simţit totdeauna diferită de ceilalţi membri ai familiei. Ea era visătoare, se juca adesea vorbind singură. Acest sentiment s-a accentuat după moartea mamei, când pacienta avea vârsta de 10 ani. Fraţii ei nu se purtau frumos cu ea şi o necăjeau mereu, atitudine care s-a menţinut şi la vârsta adultă („parcă eşti de pe altă planetă!"). În liceu a început să aibă dificultăţi după ce „s-a făcut de râs" pentru că nu a fost în stare să prezinte un referat în faţa clasei deoarece avea senzaţia ca i s-a golit mintea şi i s-a uscat gura. Din acel moment ea a întâmpinat tot mai multe dificultăţi ori de câte ori trebuia să vorbească în public, fapt ce i-a afectat performanţele şcolare.

Linia atitudinală de bază:

Sorina a identificat două convingeri de bază: „sunt ciudată" (rezultat al atitudinii familiei faţă de ea) şi „nu sunt bună de nimic" (rezultat al experienţelor ei şcolare).

Prima convingere disfuncţională se activa în situaţiile interpersonale, iar cea de a doua atunci când performanţa ei era evaluată.

Convingerile disfuncţionale care au rezultat sunt următoarele:

„Dacă oamenii află cum sunt de fapt, ei nu vor mai dori să aibă de-a face cu mine."

„Trebuie să mă port şi să fiu perfectă în orice împrejurare."

Aceste supoziţii reglau comportamentul Sorinei în situaţiile sociale, când aceasta făcea eforturi să-şi mascheze eul real şi se străduia să le facă celorlalţi pe plac. De asemenea, ea se conducea după principiul: „mai bine să nu încerci decât să pierzi". Din acest motiv, ea nu a dat examen de admitere la facultate şi s-a mulţumit cu servicii modeste: vânzătoare, dactilografă.

Orice situaţie socială putea declanşa lipsa de încredere în sine a pacientei, fobia ei socială manifestându-se mai ales atunci când intra în contact cu persoane noi sau când i se părea că este observată. Sentimentul lipsei valorii personale era mai puţin activat deoarece ea evita, în mod deliberat, situaţiile în care ar fi putut să fie evaluată. Mai mult, pacienta avea tendinţa de a se culpabiliza pentru tot felul de evenimente care nu aveau legătură cu ea.

Atunci când trebuia să facă faţă unor situaţii sociale, Sorina realiza tot felul de predicţii negative în legătură cu modul în care se va comporta, văzându-se pe sine cu ochii minţii tremurând, transpirată, roşie şi cuprinsă de panică. Ea era de părere că oamenii vor observa cât de speriată este, vor considera că este ceva în neregulă cu ea şi nu vor mai dori să colaboreze cu ea.

Sorina prezicea şi faptul că nu va fi capabilă să susţină un interviu pentru ocuparea unui post mai bun şi că nu va face faţă studiilor universitare, deşi şi-ar fi dorit mult să urmeze facultatea de filologie.

Datorită acestor predicţii negative, Sorina se simţea foarte anxioasă în diverse situaţii psihosociale când tremura, avea pulsul accelerat, era încordată, ameţită şi nu se putea concentra. Perceperea simptomelor somatice ale anxietăţii îi întăreau convingerea că este ceva în neregulă şi că starea ei a fost remarcată de cei din jur.

Sorina evita pe cât posibil situaţiile psihosociale în care apăreau persoane noi şi chiar în grupurile de cunoscuţi se ferea să iniţieze o conversaţie, să discute despre ea sau să vină singură.

Pacienta adopta şi unele comportamente de asigurare: consuma alcool, respira adânc, îşi ţinea capul cu mâna, strângea puternic paharul în mână etc., ceea ce înrăutăţea şi mai mult lucrurile, făcând-o să pară ciudată, astfel că ceilalţi o întrebau adesea dacă se simte bine.

Evitarea şi comportamentele de asigurare o împiedicau pe Sorina să verifice dacă anxietatea ei era observată cu adevărat de ceilalţi, sau dacă aceştia se raportau la ea ca la o fiinţă ciudată.

Deoarece avea în permanenţă un comportament anxios, ea considera că situaţiile sociale în care se afla confirmau faptul că este bizară şi că dacă ceilalţi vor observa acest lucru o vor respinge.

Chiar şi acele împrejurări când lucrurile mergeau bine (era invitată undeva, i se cereau mai multe întâlniri), ea le punea pe seama autocontrolului exercitat şi nu a faptului că era atrăgătoare şi avea calităţi. În felul acesta, experienţele de viaţă îi confirmau linia atitudinală de bază.

Eşecurile aparente pe care le trăia Sorina în situaţiile psihosociale conduceau la apariţia gândurilor negative: „sunt o ratată;" „nu sunt bună de nimic;" „nu o să fac nimic în viaţă" etc.

Aceste gânduri negative îi influenţau dispoziţia, pacienta fiind tristă, plângând frecvent şi caracterizându-se prin diminuarea intereselor, scăderea elanului vital şi a sentimentului plăcerii, reducerea activităţilor, petrecând aproape tot timpul în pat, refuzând să vadă pe cineva şi rumegând gânduri de moarte şi suicid. Toate aceste simptome pot fi considerate criterii ale unui episod depresiv major.

Datorită depresiei, gândurile cu caracter autocritic şi predicţiile negative deveneau tot mai frecvente şi mai credibile, perpetuând cercul vicios care întărea linia atitudinală de bază.

Demersul psihoterapeutic cognitiv pentru stima de sine scăzută (după Fennell, 1997, p. 25):

Experiențe timpurii	Datele care par să confirme convingerile disfuncționale pot fi reinterpretate? Există elemente de infirmare a acestora care au fost ignorate?
Evaluarea istoriei vieții pacientei	
Linia atitudinală de bază. Metaperspectiva:	Model cognitiv bazat pe prejudecăți
Corectarea erorilor de percepere a realității:	Se vor căuta contraargumente. Se vor aduna date cu conținut pozitiv.
Adresare de întrebăriconvingerilor disfuncționale:	Există dovezi pentru reinterpretarea faptelor și modificarea acestora?
Construirea unei imaginide sine alternative:	Autopercepție echilibrată. Autoapreciere realistă.
Destructurarea judecăților absolutiste:	Activitate continuă.
Supoziții și convingeri disfuncționale	
Reformulări:	Ce standarde și obiective personale ar fi mai realiste și mai utile?
Gânduri negative automate	
Cercetarea erorilor de percepție	Direcționarea atenției către aspectele pozitive.
Corectarea erorilor de logică (interpretare) a unor evenimente:	Analizarea gândirii autocritice și a predicțiilor catastrofice; se dau exemple concrete.
Simptome Managementul simptomelor psihopatologice și modificări în sferacomportamentală.	Relaxare, tehnici de distragere, creșterea frecvenței activităților agreabile, împărțirea timpului, prescrierea unor sarcini gradate, confruntarea cu situațiile evitate, eliminarea comportamentelor de asigurare etc.

Demersul cognitivist clasic începe cu intervenții menite să modifice gândurile negative, stările afective și comportamentele dezadaptative, bazate pe modelele terapiei cognitive pentru anxietatea socială (Clark și Wells, 1995) și pentru depresie (Beck et al, 1979). Astfel, Sorina a învățat să-și verifice predicțiile legate de conduita sa în situațiile sociale, eliminând comportamentele de asigurare și observând cu atenție reacția celorlalți. Ea a constatat faptul că rareori oamenii conștientizau starea ei de anxietate, iar dacă totuși unii o făceau, manifestau înțelegere și simpatie față de ea și nu o atitudine critică de respingere. De asemenea, ea și-a însușit tehnici de autocontrol al depresiei, cum ar fi:

- programarea activităților și angajarea în activități agreabile;
- adresarea de provocări gândurilor negative automate, legate de lipsa de speranță și suicid;

- monitorizarea calităţilor şi elementelor pozitive legate de propria persoană (Sorina acordă o atenţie exagerată defectelor şi eşecurilor sale);

- solicitarea unor liste privind calităţile ei de la prieteni şi părinţi pentru a se convinge de faptul că aceştia o apreciază.

Treptat, Sorina a început să nu mai fie atât de sigură că trebuie neapărat să-şi mascheze ego-ul real. Informaţiile adunate împreună cu terapeutul au fost utilizate pentru a verifica validitatea normelor şi standardelor exagerate ale pacientei şi pentru a formula unele mai realiste:

„Sunt foarte bine aşa cum sunt."

„Nu mă pot înţelege chiar cu toată lumea, dar acest lucru este normal."

Comportându-se ca şi cum aceste afirmaţii ar fi adevărate (era naturală, iar comportamente de asigurare s-au redus) şi constatând faptul că reacţia celorlalţi este pozitivă, încrederea ei în temeiul convingerii „sunt o ciudată" a scăzut de la 80% la 10%.

Şedinţele ulterioare au fost dedicate liniei atitudinale de bază: „sunt o fiinţă lipsită de valoare." S-au adunat dovezi pro şi contra convingerii respective, pacienta apreciind la început că este convinsă de adevărul ei în proporţie de 100%, iar în final doar în proporţie de 20%.

Convingerea alternativă formulată a fost: „am şi eu defectele mele ca oricare, nu sunt o fiinţă perfectă, dar nu sunt mai rea decât alti oameni."

Pacienta a crezut în noua convingere la început în proporţie de 10%, iar apoi, în urma procesării terapeutice, în proporţie de 90%.

Pentru a consolida schimbările terapeutice ea a început să noteze noile convingeri pe cartele, împreună cu argumentele în favoarea acestora, cartele pe care le citea zilnic, dar, mai ales, în situaţiile care activau convingerile disfuncţionale. De asemenea, ea a continuat să se comporte ca şi cum noile convingeri ar fi adevărate, monitorizându-şi permanent predicţiile negative şi gândurile cu caracter autocritic.

Terapia a durat 7 luni, cu şedinţe bisăptămânale, la început mai scurte (25-30 de minute), apoi mai lungi (50 de minute).

În primele trei luni, pacienta a urmat şi un tratament medicamentos cu antidepresive şi anxiolitice (zoloft şi lexotan).

În finalul terapiei, ea s-a înscris la o facultate particulară cu profil juridic şi şi-a făcut un prieten.

În ciuda rezultatului pozitiv al psihoterapiei centrate pe simptom, pacienta a afirmat că a fost temătoare şi lipsită de încredere în sine de când se ştie, stările sale înscriindu-se în criteriile de diagnostic pentru o tulburare de personalitate de tip evitant; de regulă, pentru astfel de situaţii este necesară şi o terapie pe termen mai lung, focalizată pe schemele cognitive (Young, 1990).

Autorul sublinia faptul că, pentru psihoterapia cognitivă de scurtă durată, pacienţii trebuie să aibă acces, fără prea mult antrenament, la stările lor afective, la gânduri şi imagini. De asemenea, aceştia trebuie să aibă probleme clar definite, care

să poată fi abordate prin intermediul unui demers focalizat, să fie motivaţi să realizeze temele pentru acasă, să colaboreze bine cu terapeutul, iar dificultăţile lor să poată fi depăşite în urma analizei empirice, a experimentărilor în sfera comportamentală şi a exerciţiilor.

Pacienţii mai dificili care prezintă tulburări în sfera personalităţii au convingeri negative inflexibile, cu un grad foarte mare de generalizare, cu caracter imperativ şi foarte rezistente la schimbare (Beck et al, 1990).

Aceste convingeri reprezintă modul normal de procesare a informaţiei la subiecţii respectivi şi nu se activează decât în condiţii speciale. Astfel de pacienţi afirmă despre ei că au fost întotdeauna aşa şi consideră că problemele lor fac parte integrantă din personalitatea lor. Ei sunt mai puţin complianţi la psihoterapie, sunt evitanţi, au tendinţa de a bloca progresul terapiei şi creează unele dificultăţi în relaţia cu terapeutul.

În astfel de cazuri se pot utiliza atât tehnicile clasice ale terapiei cognitive, cât şi cele mai de profunzime, centrate pe schema cognitivă.

Fennell (1998, p. 231) ne prezintă o schemă în care se realizează o corespondenţă dintre tehnicile terapeutice clasice şi cele centrate pe schema cognitivă:

Tehnici cognitive clasice	Tehnici focalizate pe schema cognitivă
Explicarea modelului cognitival tulburării emoţionale.	Explicarea modului de formare şifuncţionare a schemei cognitive.
Explicarea menţinerii tulburării prin reacţie circulară.	Explicarea modelului cognitiv bazatpe prejudecăţi.
Conceptualizarea problematicii patologice.	Conceptualizarea problematicii patologice.
Identificarea şi monitorizarea gândurilor negative automate.	Identificarea schemelor cognitive şi a modului lor de operare.
Stabilirea scopurilor. Strângerea unor date pentru stabilirea unui punct de vedere mai realist.	Identificarea unor scheme cognitive alternative pozitive.
Jurnale şi orare săptămânale: Adunarea de dovezi împotriva gândurilor negative automate.	Notarea unor elemente pozitive dinistoria vieţii pacientului. Căutarea unor dovezi care să vină în sprijinul schemelor cognitive pozitive alternative.
Reevaluarea dovezilor care vin în sprijinul gândurilor negative alternative.	Reevaluarea dovezilor care vin în sprijinul schemei cognitive. Revizuirea evenimentelor de viaţă.

Identificarea erorilor de logică.	Identificarea proceselor cognitivede ignorare, distorsionare şi accentuarea unor excepţii.
Adresarea de întrebări gândirilor de tipul „totul sau nimic“. Elaborarea unor diagrame din care să rezulte cauzele diverselor evenimente.	Continuarea procesării psihoterapeutice.
Elaborarea unor jurnale pentru notarea gândurilor disfuncţionale.	Jurnale pentru notarea convingerilor disfuncţionale de bază. Cartele şi jurnale pentru schemele cognitive.
Realizarea şi monitorizarea unor experimente în sfera comportamentală.	Realizarea unor experimente în sfera comportamentală. Jurnale şi cartele pentru notarea predicţiilor negative. Acţiuni de contracarare a convingerilor negative.
Tehnica imaginaţiei dirijate pentru probleme curente.	Tehnica imaginaţiei dirijate pentru modificarea amintirilor posttraumatizante din copilărie.
Joc de rol direct şi inversat. Retrăirea traumelor recente. Expunere la situaţii anxiogene.	Psihaodramă. Retrăirea experienţelor din copilărie.

În psihoterapia cognitivă clasică de durată scurtă, demersul terapeutic începe cu rezolvarea unor probleme curente, ulterior trecându-se la abordarea convingerilor şi supoziţiilor disfuncţionale de bază.

Există situaţii când focalizarea asupra problemelor curente este imposibilă în etapele timpurii ale terapiei, din cauza rigidităţii şi forţei convingerilor negative ale pacientului despre sine, situaţie în care trebuie început cu un demers centrat pe schemele cognitive disfuncţionale.

Prezentare de caz

Iolanda, o profesoară în vârstă de 29 de ani, s-a prezentat la terapie pentru anxietate legată de starea de sănătate. Pacienta prezenta atât depresie, cât şi anxietate, afirmând că obiectivul ei este să se elibereze de preocupările patologice pentru sănătate.

Ea a lucrat cu conştiinciozitate la monitorizarea gândurilor legate de sănătate şi la realizarea unor experimente în sfera comportamentală, experimente menite să

evidenţieze faptul că diversele senzaţii corporale nu reprezentau neapărat semnele unei boli grave. Cu toate eforturile sale, nivelul anxietăţii a rămas foarte ridicat.

La o analiză mai atentă a rezultat faptul că anxietatea şi ideile cu conţinut hipocondriac reprezentau doar vârful unui iceberg.

Iolanda avea multe alte probleme: dificultăţi în relaţia cu prietenul ei, conflicte cu părinţii, anxietate de performanţă, idei obsesiv-compulsive (legate de prepararea hranei), lipsă de asertivitate, frici şi fobii (de a sta singură în casă, de a şofa etc.), consum abuziv de alcool şi episoade de mâncat compulsiv.

Terapeutul împreună cu pacienta au ajuns la concluzia că toate aceste probleme proveneau din concepţia de bază despre sine, despre ceilalţi şi despre viaţă, ea având o mare vulnerabilitate la stres, vulnerabilitate care data încă din copilărie.

Pacienta a afirmat că părinţii ei nu au protejat-o niciodată şi nu au venit în întâmpinarea nevoilor sale. Ei au fost distanţi, hipercritici şi neiertători. De asemenea, ea a suferit de numeroase boli în copilărie, părinţii neacordându-i suficientă atenţie şi grijă. Aceştia îi cereau permanent să nu se mai plângă.

Copil fiind, Iolanda a interpretat atitudinea părinţilor ca pe un semn că nu este bună de nimic. Ea şi-a format convingeri de tipul: „sunt lipsită de valoare"; „nimănui nu-i pasă de mine"; „sunt vulnerabilă" etc.

Iolanda era permanent în gardă pentru a preîntâmpina pericole potenţiale care puteau veni din toate părţile. Din acest motiv, ea şi-a format un set de supoziţii disfuncţionale menite să o ţină permanent în alertă: „trebuie să fiu mereu la înălţime"; „trebuie să fac totdeauna ceea ce se aşteaptă de la mine, altfel voi fi respinsă"; „orice simptom poate fi semnul că se întâmplă ceva grav"; „dacă nu sunt extrem de grijulie, se va întâmpla ceva rău".

Ţinând seama de schema cognitivă şi de convingerile disfuncţionale de bază care rezultă din acestea, tulburările pacientei încep să devină explicabile.

Deoarece avea dificultăţi în atât de multe domenii, Iolanda a devenit tot mai lipsită de speranţă şi tot mai deprimată, considerându-se anormală.

Conştientizarea naturii problemelor sale a determinat-o să înţeleagă faptul că acestea reprezintă rezultatul firesc al modului în care a fost tratată în copilărie („ceea ce mi se întâmplă este rezultatul experienţelor mele" şi „nu aceasta sunt eu").

Iolanda a început să devină mai optimistă în privinţa efectelor terapiei, pentru că nu mai avea de-a face cu o mulţime de probleme care ar fi necesitat o abordare separată, ci cu un număr limitat de convingeri disfuncţionale care se manifestă în mai multe planuri. În acelaşi timp, pacienta a început să lucreze pentru a verifica validitatea convingerii sale că este lipsită de valoare, adunând elemente care să o invalideze.

Terapeutul i-a cerut apoi să alcătuiască o listă a calităţilor ei, fapt ce a fost realizat la început cu multă dificultate (în primele şedinţe de psihoterapie a reuşit cu greu să identifice trei calităţi).

Pacientei i s-a sugerat apoi să solicite astfel de liste de la persoane apropiate. Ea a cerut una mamei sale, care a refuzat-o, afirmând că pacienta este şi aşa prea încrezută. Această situaţie a convins-o, o data în plus, de originea problemelor sale.

Iolanda a obţinut o astfel de listă de la prietenul său. La început, ea nu a crezut în adevărurile afirmate de acesta, considerând că prietenul doreşte să o menajeze.

Treptat, în urma discuţiilor purtate cu terapeutul, pacienta a reuşit să elaboreze propria listă cuprinzând calităţile personale, dar abia după şase luni de terapie a afirmat că şi-a schimbat într-o oarecare măsură concepţia despre sine, considerând că posedă defecte şi calităţi la fel ca ceilalţi oameni. Terapeutul a comparat această afirmaţie cu vechea opinie despre sine şi a ghidat-o pe pacientă să-şi structureze o nouă convingere, mai raţională. „sunt la fel de bună ca ceilalţi oameni".

Deoarece Iolanda a relatat faptul că dovezile în favoarea concepţiei negative despre sine proveneau din copilărie, terapeutul a sugerat trecerea în revistă a istoriei vieţii cu identificarea evenimentelor care păreau să vină în sprijinul convingerii negative şi testarea veridicităţii argumentelor reprezentate de evenimentele respective, precum şi identificarea unor experienţe care contraziceau convingerea disfuncţională. Astfel, i s-a cerut să verifice dacă este corect să se autoblameze din cauza atitudinii pe care au avut-o părinţii faţă de ea. Iolanda a ajuns la concluzia că, dacă ar observa că un alt copil ar fi tratat aşa cum a fost ea, ar învinovăţi părinţii.

Terapeutul a utilizat metafora „Cenuşăresei" pentru a ilustra modul în care părinţii s-au raportat la pacientă. Au fost trecute în revistă persoanele care s-au purtat frumos cu ea de-a lungul timpului, precum şi situaţiile în care s-a simţit bine şi a avut performanţe ridicate.

În final, s-au formulat afirmaţii cu caracter concluziv pentru fiecare perioadă din viaţa pacientei. „Comportamentul părinţilor nu poate să-mi fie imputat mie"; „copil fiind, meritam să fiu iubită şi protejată"; „au existat în viaţa mea şi persoane care m-au iubit şi m-au protejat".

Terapeutul a utilizat în anumite momente ale terapiei şi tehnici de relaxare şi hipnoză, cu sugestii ţintite şi joc de rol în plan imaginativ.

Bibliografie selectivă

1. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM.IVR), Washington D.C., 1994
2. Bancroft, J.; Graham, C; Crisis intervention in An introduction to the Psychotherapies; Bloch, S., Ed. Oxford University Press, third edition, 1998;
3. Bateman, A; Fonagy, P. Psychotherapy for Borderline Disorder. Oxford University Press, 2004.
4. Beck, A.T; Cognitive Therapy and the Emotional Disorders, International University Press, New York, 1976.
5. Beck, A.T., Emery, G., Greenberg, R.L., Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective, Basic Book, New York, 1985
6. Beck, A.T., Freeman, A. and associates, Cognitive Therapy of Personality Disorders, Guilford Press, New York, 1990
7. Brown, G.; Bifulco, A.; Harris, T.O.; Life Events, Vulnerability and onset of Depression; British Journal of Psychiatry, 150,30-42; 1987;
8. Burns, D; The Feeling Good Handbook, A Plume Book, New York, 1989.
9. Caplan, G.; An Approach to Community Mental Health; Tavistock, London, 1961;
10. Clark, D., A Cognitive Approach of Panic, Behavior Research Theory; 1986, 24, 5, pp. 461-470
11. Coltraux, J; Blackburn, J.M; Therapies cognitives des troubles de la personalite, Masson, Paris, 1995.
12. Dattilio, F.M; Freeman (Eds); Cognitive Behavior Therapy in Crisis Intervention. The Guilford Press, New York, London, 2000.
13. De Shazer, S. Keys to Solution in Brief Therapy, W.W. Norton and Company, New York, London, 1985
14. Dewal, P.A. The Suportiv and Active Psichotherapies: A Dynamic Approach, Jason Aronson Inc, Northvale, New York, London, 1994
15. Dobson, Keith, S. Handbook of Cognitive Behavioral Therapies. The Guilford Press, New York, London, 2001.

16. Elis, A.; Grieger, R. Handbook of Rationale Therapy, Springer Corp, New York, 1997
17. Elis, A. How Can Psychological Treatment to Be Briefer and Better? – The Rationale-Emotive Approach to Brief Therapy, Im zeig, J.K. Gilligan, S.G. (eds.) Myths, Methods and Metaphors, Bruner/Mazel Publishers, New York, 1990
18. French, P., Morrison, A.P., Early Detection and Cognitive Therapy for People at High Risk of Developing Psychosis. John Wiley and Sons Chichester, New York, 2004.
19. Godin, J. La Nouvelle Hypnose: vocabulaire, principes et methode. Introduction a l'hypnotherapie ericksonniene, Albin Michel,
20. Graham, Hermine, L. (Eds). Cognitive – Behavioral Integrated Treatment (C-BIT). John Wiley and Sons Ltd. The Atrium Southern Gate, Chichester, West Sussex, 2004.
21. Haaga, D. A.; Davidson, G.C.; Cognitive Change Methods in Helping People Change: A textbook of methods; (ed. Kafner; F.H., Goldstein, A.P.), Pergamon, New York, 1986.
22. Harvey, A.; Watkins, Ed; Mansell, W.; Shafran, R. Cognitive Behavioral Processes across Psychological Disorders. A transdiagnostic approach to research and treatment, Oxford University Press, 2004.
23. Hawton K., Salkovikis P.M., Kirk J., Clark D., Cognitive Behavior Therapy For Psychiatric Problems. A Practicai Guide, Oxford Univ. Pres, 1989
24. Hawton, K.; Catalan, J., Attempted Suicide. A practical guide to its nature and management; second edition, Oxford University Press; 1987;
25. Hobbs, M., Crisis Intervention in Theory and Practice: A selective review în British Journal of Medical Psychology; 57; 23-34; 1984;
26. Holdevici, Irina, Vasilescu, I.P., Hipnoza şi forţele nelimitate ale psihismului uman, Editura Aldomars, Bucureşti, 1991.
27. Holdevici, Irina, Psihoterapia – un tratament fără medicamente, Editura Ceres, Bucureşti, 1993.
28. Holdevici, Irina. Psihologia succesului. Editura Ceres, Bucureşti, 1994.
29. Holdevici, Irina, Sugestiologie şi terapie sugestivă, Editura Victor, Bucureşti, 1995
30. Holdevici, Irina. Autosugestie şi relaxare. Editura Ceres, Bucureşti, 1995.
31. Holdevici, Irina, Elemente de psihoterapie, Ed. III-a revizuită şi adăugită, Editura All, Bucureşti, 1997.
32. Holdevici, Irina, Psihoterapia tulburărilor anxioase, Editura Ceres, Bucureşti, 2000.
33. Holdevici Irina, Ameliorarea performanţelor individuale prin tehnici de psihoterapie, Ed. Orizonturi, Bucureşti, 2000
34. Holdevici, Irina, Psihoterapii scurte, Editura Ceres, Bucureşti, 2000.

35. Holdevici, Irina. Hipnoza clinică, Editura Ceres, Bucureşti, 2000
36. Holdevici, Irina; Gândirea pozitivă – ghid practic de psihoterapie raţional emotivă şi cognitiv –comportamentală; Editura Dual Tech, Bucureşti, 2000;
37. Holdevici, Irina. Psihoterapia anxietăţii. Editura Dual Tech, Bucureşti, 2002.
38. Holdevici, Irina; Psihoterapia cazurilor dificile; Abordări cognitiv-comportamentale. Dual Tech, Bucureşti, 2003.
39. Holdevici, Irina; Hipnoterapia: Teorie şi practică. Ed. Dual Tech, Bucureşti, 2004.
40. Holdevici, Irina; Psihoterapii de scurtă durată. Ed. Dual Tech, Bucureşti, 2004.
41. Holdevici, Irina; Psihoterapia cognitiv-comportamentală. Managementul stresului pentru un stil de viaţă optim. Editura Ştiinţelor medicale, Bucureşti, 2005.
42. Huber W., Psihoterapie – Terapia potrivită fiecărui pacient, Ed. Ştiinţă şi Tehnică, Bucureşti, 1997
43. Kaufman, E., Psychotherapy of Addicted Persons, Guilford Press, New York, 1994
44. Leahy, L.R., Cognitive Therapy Techniques: a practitioner's guide, The Guilford Press, New York, London, 2003.
45. Leahy, L.R., Roadblocks in Cognitive-Behavioral Therapy Transforming Challenges into Opportunity for Change, The Guilford Press, New York, London, 2003.
46. Meggle, D., Les Therapies breves, Retz, Paris, 1990
47. Ryle, A., Cognitive Analitic Therapy and Borderline Personality Disorders, John Miley and Sons Chichester, New York, 1997
48. Sank L.J., Schaffer S. Carolin, A therapist Manual for Behavior Therapy in Groups, Plenum Press, New York and London, 1984
49. Tarrier, N; Wells, A; Haddack, G; Treating Complex Cases. The Cognitive Behavioural Therapy Approach. John Wiley and Sons, Chichester, New York, 1998.
50. Trower, P., Casey, A., Draiden, W., Cognitive Behavioral Counseling in Action. Sage Publications, London, 1998
51. Viney, L.L.; Benjamin, Y.N.; Clarke, A. M.; Bunn, T.A.; Sex diferences in the psychological reactions of medical and surgical patients to crisis intervention counselling; Social Science and Medicine; 20; 1985; 1199-205;
52. Waldron, G., Crisis intervention: is it effective?; British Journal of Hospital Medicine; April 1984; 283-7.
53. Wells, A., Cognitive Therapy of Anxiety Disorders, John Wiley and Sons Chichester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto, The 3rd Edition, 1999

Cartea "Strategiile psihoterapiei cognitiv-comportamentale" se adresează în mod special psihologilor şi medicilor interesaţi de formarea şi perfecţionarea în domeniul psihoterapiei, constituindu-se într-un adevărat manual uşor de înţeles şi utilizat în practică de către specialişti cu diverse orientări.

Autoarea prezintă într-o formă sintetică principiile generale şi principalele variante ale psihoterapiei cognitiv-comportamentale, detaliind cele mai importante metode şi tehnici ale acesteia, validate prin experienţa personală, dintre care menţionăm evaluarea şi restructurarea cognitivă, relaxarea şi autohipnoza. Sunt descrise pe scurt terapiile comportamentale, cognitive, cognitiv-comportamentale, raţional-emotivă, precum şi demersul terapeutic centrat pe rezolvarea problemelor de viaţă.

O atenţie deosebită este acordată problematicii conceptualizării cazurilor abordate psihoterapeutic, precum şi dificultăţilor ce ar putea sta în calea desfăşurării eficiente a acestui demers.

Deşi se doreşte a fi o lucrare de nivel academic, aceasta este redactată într-un stil agreabil, care o face accesibilă unei categorii mai largi de medici, psihologi sau de persoane interesate de cunoaşterea şi optimizarea comportamentului uman.


ISBN 973-85526-6-4
9 789738 552661